

DISTRITO ESCOLAR DE SYRACUSE
HOJA INFORMATIVA SOBRE SERVICIOS DE SALUD

Escuela _____

Maestro/Salon _____

Grado _____

Nombre _____ Fecha Nacimiento _____ Sexo M _____ F _____

Parde/Encargado _____

Doctor/Clinica _____ Telefono _____

Seguro Medico _____ Medicaid # _____

Experiencia Pre-Escolar _____

Educacion Especial en el momento _____

Ultima Escuela a la que asistio _____

Ha asistido alguna vez antes a una escuela en Syracuse? SI _____ NO _____

Nombre de la Escuela _____ Cuando? _____

ENCUESTA DE SALUD

Embarazo y Parto

Peso al momento de nacer _____ Duracion del Embarazo _____ Duracion del Parto _____

Tipo de Parto _____ Complicaciones? _____

Crecimiento y Desarrollo (Por favor escriba le edad en que el bebe hizo lo siguiente)

Sentarse _____ Gatear _____ Caminar _____ Hablar _____

Aprender a usar el hinodoro _____

POR FAVOR SUMINISTRE FECHAS Y DESCRIPCION CORTA SOBRE:

Enfermedades Serias _____

Accidentes _____

Cirugias/Hospitalizaciones _____

Ha tenido su hijo(a) alguno de los siguientes problemas? (Por favor, utilice el espacio disponible al final de la hoja, para explicar mas en detalle, algo que considere importante).

Problemas do Oido? _____

Problemas relacionados con la sangre? (por ejemplo anemia, anemia "sickle cell", envenenamiento por plomo)

Problemas de la vista/Anteojos _____

Alergias _____ Problemas del habla _____

Diagnostico de Asma _____

Ataques/Convulsiones _____ Hepatitis A o B _____ Varicela (Chicken pox) _____

Tuberculosis _____ Erupciones de la Piel _____

Problemas de Corazon _____

Otros _____

Problemas Emocionales _____

Existe algun otro problema de salud en algun otro miembro de la familia? Expliquelo _____

Estado Actual de Salud _____ Nivel de actividad/Limitaciones _____

Drogas que toma actualmente _____

Equipos Especiales/suministros necesarios _____

En el siguiente espacio, explique acerca de cualquiera de las enfermedades arriba anotadas o cualquier otra informacion adicional que pueda ser de utilidad para ayudar a su hijo(a).

REGISTRO DE VACUNAS

Por favor, llene la siguiente informacion con fechas: **Vacunas o Inmunizaciones (I)** y **Enfermedades (D)** **DTP** (Difteria, Tetano, Tosferina). **TOPV** (Vacuna Oral Trivalente de Polio). **Td** (Tetano, Difteria (tipo para adultos). **MMR** (Sarampion comun, Paperas, Rubeola). **HbCV** (Meningitis). **Hep B** (Hepatitis tipo B). **Tine** (Tuberculosis). **PPD** (Tuberculosis).