

MONONA GROVE SCHOOL DISTRICT CUESTIONARIO DE PREOCUPACIONES DE SALUD

Padres/Tutores: Para ayudar a satisfacer las necesidades relacionadas con la salud de su hijo, por favor complete cualquier sección de abajo que se aplica a su hijo. Si no hay necesidades o preocupaciones especiales, marque "No hay preocupaciones." Firme y devuelva el formulario a la escuela de su hijo.

Apellido del Estudiante:	Nombre del Estudiante:	Segundo Nombre:	Grado:	Edad:
--------------------------	------------------------	-----------------	--------	-------

NO HAY PREOCUPACIONES

<input type="checkbox"/> ASMA: ¿Con qué frecuencia su hijo tiene ataques?	Fecha del último ataque :
Causa de ataque: <input type="checkbox"/> alergias <input type="checkbox"/> infecciones <input type="checkbox"/> clima <input type="checkbox"/> ejercicio <input type="checkbox"/> emociones <input type="checkbox"/> otro:	
Síntomas Habituales: <input type="checkbox"/> sibilancias <input type="checkbox"/> tos <input type="checkbox"/> presión en el pecho <input type="checkbox"/> respiración dificultosa <input type="checkbox"/> labios/uñas azules <input type="checkbox"/> otro:	
Tratamiento: <input type="checkbox"/> descanso <input type="checkbox"/> líquidos <input type="checkbox"/> ejercicios de respiración <input type="checkbox"/> medicación tomada en casa: <input type="checkbox"/> medicación tomada en la escuela:	

<input type="checkbox"/> ALERGIAS: ¿Qué causa una reacción alérgica en su hijo?	
Las reacciones incluyen: <input type="checkbox"/> sarpullido <input type="checkbox"/> urticaria <input type="checkbox"/> enrojecimiento <input type="checkbox"/> inflamación <input type="checkbox"/> picazón <input type="checkbox"/> dificultad pasando líquidos/hablando/respirando <input type="checkbox"/> debilidad/mareos <input type="checkbox"/> desmayos / pérdida de conocimiento <input type="checkbox"/> otro:	
Tratamiento: <input type="checkbox"/> medicación tomada en casa: <input type="checkbox"/> medicación tomada en la escuela:	
Describa las medidas necesarias para tomar en el caso de una reacción en la escuela: <input type="checkbox"/> llamar al padre <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> llamar a los paramédicos y:	

<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD CONVULSIVA: Típa de convulsión:	Edad cuando fue diagnosticado :
La duración promedio de las convulsiones:	Fecha de la convulsión más reciente:
¿Toma su hijo medicación anticonvulsivos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si no, ¿Cuánto tiempo ha estado su hijo sin la medicación?	
Por favor escriba cualquier instrucción especial si su hijo sufra una convulsión en la escuela	

DIABETES: Sí Por favor, póngase en contacto con la enfermera de la escuela sobre el cuidado de la diabetes de su hijo en la escuela y para hablar con su maestro.

DISFUNCIÓN CARDIACA: Describa el problema y las posibles restricciones de actividad:

DEFICIENCIAS AUDITIVAS Describa:

DEFICIENTE VISUAL Describa:

OTRAS NECESIDADES DE SALUD O PREOCUPACIONES:

Si siente que la escuela necesita más información acerca de las necesidades de salud de su hijo, por favor comuníquese con la enfermera de la escuela. Su firma indica su permiso para compartir esta información de salud con el personal apropiado de la escuela.

Firma del Padre/Tutor	Fecha
-----------------------	-------