

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIVERSIDE**  
Servicios de salud  
5700 Arlington Avenue, Riverside, CA 92504  
**FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD CONFIDENCIAL**

Escuela \_\_\_\_\_

Nombre del alumno/a \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

*Mi hijo/a no tiene ningún problema de salud en este momento.*

***Si su hijo/a tiene problemas de salud por favor conteste las siguientes preguntas:***

¿Toma su hijo/a medicamentos en regularmente?  Sí  No  ¿Durante el horario escolar?  Sí  No Si sí,

Nombre del medicamento \_\_\_\_\_ Nombre del medicamento \_\_\_\_\_

**Si su hijo necesita tomar medicamentos recetados o sin receta durante el día escolar, complete el formulario de autorización de padres/médico para la administración del medicamento y regrese a la oficina de la escuela, (Un formulario para cada medicamento)**

Marque  la caja y explique si su hijo tiene antecedentes de o ahora tiene alguna de las condiciones o problemas.

**Asma**  Leve  Moderada  Severa  
 Inhalador en casa  Inhalador en la escuela  
 **Convulsiones**  Solo de bebé  
 Actualmente toma medicamento  
\_\_\_\_\_

**Alergias**  Leves  Moderadas  Severas  
 Abejas/insectos  
 Comidas \_\_\_\_\_  
 Fiebre del heno de temporada  
 Alérgico al medicamento \_\_\_\_\_  
 Otro \_\_\_\_\_  
 EpiPen en casa  EpiPen en la escuela  
 **Soplo /enfermedad del corazón** \_\_\_\_\_

**Limitaciones físicas** \_\_\_\_\_  
 Equipo especializado necesario en casa  
 Equipo especializado necesario en la escuela

**Otras condiciones** \_\_\_\_\_

**Diabetes**  Tipo I  Tipo II  
• ¿Ha sido su hijo/a hospitalizado debido a la diabetes?  Sí  No  
Si sí, de la fecha y explique el procedimiento del hospital: \_\_\_\_\_  
• ¿Puede su hijo/a vigilar su nivel de glucosa sanguínea independientemente?  Sí  No  
• ¿Puede su hijo darse cuenta si está teniendo síntomas de alto o bajo nivel de glucosa sanguínea?  Sí  No  
Si sí, ¿cuáles son sus síntomas? \_\_\_\_\_  
• ¿Alguna vez se le ha dado a su hijo/a Glucagón?  Sí  No Última vez administrado: \_\_\_\_\_

¿Está su hijo actualmente bajo el cuidado médico por alguno de los de arriba?  Sí  No  
Si sí: Nombre del médico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_

**Por medio de la presente doy permiso que se comparta la información pertinente a la salud de mi hijo/a con el personal escolar que necesite conocerla.**

**Firma de los padres/tutor legal** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**For Office Use Only:**

- Doctor's orders completed including parent and physician signatures.
- Diabetic Supplies
- Snacks
- Signed *Diabetic Treatment Plan for School* indicating parent review

Original to Cum  Faxed to District Nurse 951-274-4200 (Internal #83100)  Health Assistant  Teacher