

**Cuestionario de salud**  
**Distrito Escolar Woodland Park RE2**  
**TODOS LOS ESTUDIANTES, NUEVOS O REGULARES, DEBEN LLENAR ESTE FORMULARIO**

---

¿Su hijo ha ido a la escuela en el Distrito Escolar Woodland Park anteriormente?  Sí  No  
¿Cuál fue el último año en que su hijo asistió a esta escuela?  ¿En qué grado estaba?

Nombre del estudiante  M  F  Fecha de nacimiento  Grado  Fecha de hoy

**Problemas de salud (marque los que correspondan)**

|   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| Trastorno convulsivo                    | Afección cardíaca                     |
| Enfermedad ósea o articular             | Diabetes                              |
| Tuberculosis                            | Úlcera/Problemas estomacales          |
| Fiebre reumática                        | Problemas de audición                 |
| Problemas del lenguaje                  | Infecciones de oído frecuentes        |
| Problemas odontológicos                 | Usa lentes o lentes de contacto       |
| Problemas de visión                     | Alergias [INDIQUE CUÁLES EN LA LISTA] |
| Asma [diagnosticada por un médico]      | <input type="text"/>                  |
| Dolores de cabeza frecuentes            | <input type="text"/>                  |
| Migrañas [diagnosticadas por un médico] | <input type="text"/>                  |

Si su hijo tiene cualquiera de las afecciones indicadas anteriormente o si presenta cualquier otro problema físico o emocional como Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD), Trastorno por déficit de atención (Attention Deficit Disorder, ADD) trastorno bipolar, u otro que no se indique anteriormente, explique a continuación:

¿Su hijo está tomando medicamentos [recetados o de venta libre]]?  Sí  NO  
Indique cuáles y para qué los toma:

Es necesario que se le dé este medicamento en la escuela  Sí  No

[DE SER ASÍ, SOLICITE UN FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA]

Indique aquí si el personal de la escuela puede darle u ofrecerle protector solar a su hijo:

Indique los refuerzos de vacunas que haya recibido y la fecha en la que los recibió:

¿Su hijo ha tenido varicela?  Sí  No De ser así, indique la fecha en la que la tuvo:

¿Su hijo ha tenido enfermedades, operaciones o lesiones graves?  Sí  No

De ser así, indique la fecha en la que las tuvo y descríbalas:

¿Su hijo requiere atención especial de algún tipo en la escuela por problemas de salud [dieta, limitación de actividades, etc.]?

Sí  No

De ser así, explique:

¿Su hijo ha tenido una lesión o conmoción cerebral?  Sí  No

De ser así, explique:

**LA ESCUELA TIENE MI AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA PERTINENTE AL PERSONAL ADECUADO**

Firma del representante o del tutor

Fecha

NÚMERO DE EMERGENCIA