



5130 Riverside Drive • Chino, CA 91710 • 909.628.1201 • www.chino.k12.ca.us

BOARD OF EDUCATION: Andrew Cruz • Christina Gagnier • Irene Hernandez-Blair • James Na • Joe Schaffer • SUPERINTENDENT: Norm Enfield, Ed.D.

Historia De Salud

Nombre del Esudiante: _____ Grado: _____ Fecha del Nacimiento: _____

Esta informacion puede compartirse con el personal de la escuela para proteger la salud y la seguridad de su hijo/a.

Tiene su hijo/a historia de lo siguiente?

	SI	NO	
Alergias _____	_____	_____	a que? _____
Es cualquier alergia amenaza a la vida?			Si _____ No _____ cual alergia? _____
Asma _____	_____	_____	es severa? Si _____ No _____
Picadas de abejas _____	_____	_____	es amenaza a la vida? Si _____ No _____
Convulsiones _____	_____	_____	fecha del ultimo ataque _____
Diabetes _____	_____	_____	depende en insulina? Si _____ No _____
Fractura _____	_____	_____	fecha _____ cual hueso? _____
Golpes en la cabeza _____	_____	_____	fecha _____ hospitalizado? Si _____ No _____
Problemas del corazon _____	_____	_____	hay restricciones fisicos? Si _____ No _____
Problemas del oido _____	_____	_____	aparatos para oir? Si _____ No _____
Problemas ortopedicos _____	_____	_____	describa _____
Operacion _____	_____	_____	fecha _____ tipo _____
Tuberculosis _____	_____	_____	fecha de la ultima prueba _____
Problemas de orina _____	_____	_____	necesita permiso especial? Si _____ No _____
Problemas de la vista _____	_____	_____	lentes? _____ lentes de contacto? _____

Alguna otra condicion medica o enfermedades serias que temenos que tomar en cuenta? Si _____ No _____

Explique/Describe: _____

Nombre de todas las medicinas que toma regularmente:

Si su hijo/a va a tomar **cualquier tipo de medicina** en la escuela o actividades escolares, pida la forma Chino Valley Unified School District Medicacion. Necesitamos esta forma antes de poder dar al nino/a cualquier medicina o traela con si durante horas de clase/o actividades escolares. Esto incluye medicinas sin receta y las de receta.

Doy permiso para que se administer primeros auxilios: Si _____ No _____

Tiene su hijo/a seguro de salud? Si _____ No _____ Si desea informacion sobre los varios planes de seguro, por favor comuniquese con la oficina de salud de la escuela

Nombre del Padre/Guardian

Firma Del Padre/Guardian

Fecha