



# Formulario de Registro Sanitario

(Asegúrese de completar todas las páginas)

(518) 695-3255

Oficina de Salud de Primaria: ext 1228 y 1229

Oficina de Salud de la Escuela Intermedia: ext. 2293

Oficina de Salud de la Escuela Secundaria: ext 2244

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Sexo: M / F / NB Grado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

¿Con quién vive el/la niño/a? \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Indique si su hijo/a ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o condiciones:

Asma \_\_\_\_\_ Conmoción cerebral (Fechas) \_\_\_\_\_ COVID (Fechas) \_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_

Cardiopatía\* \_\_\_\_\_ Soplo cardíaco\* \_\_\_\_\_ Problemas de riñón \_\_\_\_\_ Discapacidad física\* \_\_\_\_\_

Trastorno Convulsivo \_\_\_\_\_ Tuberculosis \_\_\_\_\_ Tos ferina \_\_\_\_\_ Otro\* \_\_\_\_\_

\*Por favor, proporcione más información: \_\_\_\_\_

Otras medidas preventivas

1. ¿Está su hijo/a tomando medicamentos actualmente? Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Dosificación requerida \_\_\_\_\_

¿Por qué razón? \_\_\_\_\_

2. ¿Tiene su hijo/a alguna alergia que requiera atención en la escuela?  SÍ  NO   
Enumere las instrucciones específicas para las reacciones alérgicas, especialmente para las picaduras de abejas o las alergias alimentarias:

\_\_\_\_\_

\*Proporcione recomendaciones por escrito de su médico para el tratamiento de la alergia.

Describa el tipo de reacción \_\_\_\_\_

Nombre del médico \_\_\_\_\_

3. ¿Alguna vez has sospechado que tu hijo/a puede tener un problema de audición?  SÍ  NO   
Si es así, ¿alguna vez se le hizo una prueba de audición a su hijo/a?  SÍ  NO   
En caso afirmativo, ¿cuál fue el resultado del examen y la recomendación, si la hubo? \_\_\_\_\_  
Nombre del examinador \_\_\_\_\_

4. ¿Alguna vez has sospechado que tu hijo/a puede tener un problema de visión?  SÍ  NO   
¿Alguna vez su hijo/a ha sido visto por un optometrista u oftalmólogo?  SÍ  NO   
En caso afirmativo, ¿cuál fue el resultado del examen y las recomendaciones, si las hubo?

\_\_\_\_\_

Nombre del examinador \_\_\_\_\_

5. ¿Su hijo/a ha tenido otras evaluaciones médicas?  SÍ  NO   
En caso afirmativo, ¿cuáles fueron los resultados? \_\_\_\_\_  
Nombre del médico \_\_\_\_\_

6. ¿Su hijo/a ha estado hospitalizado desde que nació?  SÍ  NO   
Si es así, ¿cuál fue la razón? \_\_\_\_\_  
¿Tu hijo/a nació prematuro?  SÍ  NO   
Si es así, ¿cuántas semanas antes de tiempo? \_\_\_\_\_

7. Durante el último año, ¿su hijo/a ha tenido alguna enfermedad, lesión grave o operación?  SÍ  NO   
En caso afirmativo, descríbalos. \_\_\_\_\_  
¿Su hijo/a todavía está bajo tratamiento?  SÍ  NO   
Nombre del médico \_\_\_\_\_

8. ¿Alguna vez su hijo ha sido visto por un dentista? SÍ\_\_\_\_ NO\_\_\_\_  
Si es así, ¿por qué motivo? \_\_\_\_\_ Fecha de la visita\_\_\_\_\_

9. ¿Debe restringirse la participación de su hijo/a en los deportes escolares o en el gimnasio? En caso afirmativo, proporcione recomendaciones de un médico por escrito. SÍ\_\_\_\_ NO\_\_\_\_

10. ¿Ha habido algún cambio en su familia durante el último año?  
como:  
• ¿Separación, divorcio o nuevo matrimonio? SÍ\_\_\_\_ NO\_\_\_\_  
• ¿Muerte o enfermedad grave? SÍ\_\_\_\_ NO\_\_\_\_  
• ¿O cualquier otra situación que pueda afectar a su hijo/a? SÍ\_\_\_\_ NO\_\_\_\_  
En caso afirmativo, explíquelo por favor\_\_\_\_\_

11. ¿Hay antecedentes de problemas cardíacos en la familia? Si es así, SÍ\_\_\_\_ NO\_\_\_\_  
por favor explique  
\_\_\_\_\_

12. Cualquier información o comentario adicional que le gustaría compartir con respecto a su hijo/a (resistencia a comer ciertos artículos, preocupaciones sobre el uso del baño, temores de cualquier tipo, etc.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Por favor marque uno:**

Se requiere un examen físico actual para todos los nuevos ingresos.

\_\_\_\_\_ Un médico con licencia en el estado de Nueva York ha realizado recientemente un examen físico y se proporcionará una copia a la oficina de salud de la escuela.

\_\_\_\_\_ Se ha programado un examen físico con un médico en el estado de Nueva York. Fecha del examen físico:\_\_\_\_\_

Nombre y número de teléfono del médico:\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\* FAVOR DE ADJUNTAR UNA COPIA DE LAS VACUNAS \*\*\*\*\*

Entiendo que todos los informes y resultados de las pruebas se tratarán de forma confidencial.

\_\_\_\_\_ Doy permiso para que mi hijo sea visto por el médico de la escuela, si es necesario.

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
Firma de los padres