



Formulario de Registro Sanitario

(Asegúrese de completar todas las páginas)

(518) 695-3255

Oficina de Salud de Primaria: ext 1228

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: SÍ____ NO____
- ¿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, por favor explique SÍ____ NO____

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