

**Orange Unified School District**  
**Inventario con respecto a la salud del estudiante**

Fecha \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Niño  Niña   
Apellido 1er. Nombre 2º. Nombre

Ultima Escuela a la que asistió \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

CONDICION DE SALUD	NO	SI	DESCRIBA SI LA RESPUESTA ES "SI"	NO	SI
ALERGIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alérgico a:		
ASMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leve <input type="checkbox"/> Severo <input type="checkbox"/></li> <li>• Tipo y/o causa del ataque de asma: _____</li> <li>• Toma medicamento diario: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si toma, especifique el medicamento:</li> </ul> </li> <li>• Toma medicamento de emergencia: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si toma, especifique el medicamento:</li> </ul> </li> </ul>		
ALERGIA a la PICADURA de ABEJA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesita pastilla de antihistamínica si es picado</li> <li>• Necesita una inyección de adrenalina si es picado</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROBLEMA DENTAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ha recibido cuidado dental</li> <li>• Fecha del último examen dental: _____</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIABETES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene exámenes de sangre diarios</li> <li>• Recibe una inyección de glucagon</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INFECCION de OIDOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/></li> <li>• Bajo cuidado médico: _____</li> <li>• Fecha del último examen médico: _____</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EPILEPSIA o CONVULSIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toma medicamento diario</li> <li>• Si toma, especifique el medicamento: _____</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONDICION del CORAZON	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bajo cuidado médico</li> <li>• Especifique restricciones que deba tener en la escuela: _____</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROBLEMA ORTOPEDICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bajo cuidado médico</li> <li>• Especifique restricciones que deba tener en la escuela: _____</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GOLPE SERIO Ahora o en el Pasado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Especifique: _____</li> </ul>		
OTRAS ENFERMADEAS de Ahora o del Pasado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Especifique: _____</li> <li>• Toma medicamento diario <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si toma, especifique medicamento: _____</li> </ul> </li> <li>• Toma medicamento de emergencia <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si toma, especifique medicamento: _____</li> </ul> </li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CIRUGIAS/OPERACIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Especifique: _____</li> </ul>		
TIENE UNA CONDICIÓN de Salud que le Impide Participar en Educación Física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Especifique condición y limitaciones: _____</li> </ul>		
TIENE DIFICULTAD de VER de LEJOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usa anteojos</li> <li>• Usa lentes de contacto</li> <li>• Fecha de la ultima visita con el oftalmólogo _____</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TIENE DIFICULTAD de VER de CERCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usa anteojos</li> <li>• Usa lentes de contacto</li> <li>• Fecha de la ultima visita con el oftalmólogo _____</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TIENE DIFICULTAD en OIR BIEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usa aparatos para oír</li> <li>• Especifique cualquier necesidad en la escuela: _____</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTROS PROBLEMAS de SALUD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Especifique problema y cualquier medicamento: _____</li> </ul>		