



**Información Médica del Estudiante**  
**Año escolar \_\_\_\_\_**

Nombre del estudiante: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Edad: _____	Grado/Grupo: _____	Maestro de salón hogar: _____
Distrito: _____	Municipio _____	Escuela: _____
Dirección: _____		
Fecha de nacimiento: _____	Teléfono de padre, madre o encargado: _____	
Trabajo: _____		
Personas contactos por cualquier emergencia _____		
Plan médico: _____	Privado: _____	Gobierno: _____
No Plan: _____		

**Favor de hacer una (X) en las condiciones de salud que tiene su hijo(a) y si tiene tratamiento para la condición indicada por usted.**

<b>Condiciones de visión:</b> (usa espejuelos /lentes de contacto) ----- <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otra condición (especifique): _____
Tratamiento para condiciones de visión (especifique): _____

<b>Condiciones de audición:</b> Usa _____ un audifono _____ dos audifonos
Otra condición del oído: ----- <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Padece de infecciones frecuentes de oído: ----- <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tratamiento para condiciones de oído (especifique): _____

<b>Condiciones de las vías respiratorias: Asma</b>
Fecha del diagnóstico: _____ Último episodio de asma (fecha) _____
Tratamiento para las condiciones de las vías respiratorias (especifique) : _____

<b>Condiciones dermatológicas (piel):</b> ----- <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tratamiento para condiciones dermatológicas: ----- <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

<b>Condiciones dentales: Caries</b> ----- <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tratamiento para condiciones dentales: ----- <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

<b>Problemas del habla:</b> ----- <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Recibe tratamiento para problemas del habla por Educación Especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

<b>Ortopedia:</b> ----- <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tratamiento para condiciones de ortopedia: ----- <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No