



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

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Sexo:  F  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.**

**Condiciones de visión:** (usa espejuelos /lentes de contacto) -----  Sí  No  
Otra condición (especifique): \_\_\_\_\_  
Tratamiento para condiciones de visión (especifique): \_\_\_\_\_

**Condiciones de audición:** Usa \_\_\_\_\_ un audifono \_\_\_\_\_ dos audífonos  
Otra condición del oído: -----  Sí  No  
Padece de infecciones frecuentes de oído: -----  Sí  No  
Tratamiento para condiciones de oído (especifique): \_\_\_\_\_

**Condiciones de las vías respiratorias: Asma**  
Fecha del diagnóstico: \_\_\_\_\_ Último episodio de asma (fecha) \_\_\_\_\_  
Tratamiento para las condiciones de las vías respiratorias (especifique) : \_\_\_\_\_

**Condiciones dermatológicas (piel):** -----  Sí  No  
Tratamiento para condiciones dermatológicas: -----  Sí  No

**Condiciones dentales: Caries** -----  Sí  No  
Tratamiento para condiciones dentales: -----  Sí  No

**Problemas del habla:** -----  Sí  No  
¿Recibe tratamiento para problemas del habla por Educación Especial?  Sí  No

**Ortopedia:** -----  Sí  No  
Tratamiento para condiciones de ortopedia: -----  Sí  No