

[School Site] Nurse  
[Phone Number]

**FALLBROOK UNION ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT**  
Historia De Inmunización/Salud - Actualización Anual Para El Estudiante

School Year

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Nombre del maestro/a: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Teléfono del Hogar/Trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre de Madre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Teléfono del Hogar/Trabajo: \_\_\_\_\_

**\*Comuníquese con la enfermera de la escuela - Se necesitan formularios adicionales.\***

HISTORIA MEDICA	SI	NO	NOTAS/EXPLICACIÓN
Asma			Necesita Inhalador en la escuela? <input type="checkbox"/> No* <input type="checkbox"/> SI* (Por favor, explique a continuación)
Desórdenes Convulsivos/Epilepsia			Necesita Diastat? <input type="checkbox"/> No* <input type="checkbox"/> SI* ¿Qué fecha fue la convulsión más reciente?
Alergia severa			¿Recibe Medicamento (EpiPen)? <input type="checkbox"/> No* <input type="checkbox"/> SI* (Por favor, explique a continuación) ¿Cuándo se usó el EpiPen por última vez? _____
Alergia alimentaria severa			¿Recibe Medicamento (EpiPen)? <input type="checkbox"/> No* <input type="checkbox"/> SI* (Por favor, explique a continuación) ¿Cuándo se usó el EpiPen por última vez? _____
Alergias estacionales (Polen / polvo / clima)			Necesita Medicamento en la escuela? <input type="checkbox"/> No* <input type="checkbox"/> SI* (Por favor, explique a continuación)
Diabetes			¿Recibe Medicamento? <input type="checkbox"/> No* <input type="checkbox"/> SI* (Por favor, explique a continuación)
Recibe Medicamento en casa			Nombre de Medicamento: _____
Problemas de los Ojos/Lentes			¿Usa Lentes? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Fecha de la última examinación de ojos: _____
Enfermedades Serias/Heridas u operaciones			
Problemas digestivos			
Problemas endocrinos			
Problemas Auditivos			
Defecto del Habla			
Problemas Urinarios/Riñones			
Condición del Corazon/Sangre			
Problemas Ortopédicos			
Preocupaciones emocionales			
Desorden de Déficit de Atención			
Otros Problemas:			

**Alergias Conocidas:** (Describa la causa y la reacción alérgica): \_\_\_\_\_

**¿Necesita Medicamento en la escuela?\*** (Nombre, Hora, Dosis y Razón, Se requiere Nota de Medico): \_\_\_\_\_

**¿Restricciones de la educación física?** (Se requiere Nota del Medico): \_\_\_\_\_

**¿Hay algún problema del cual le gustaría hablar con la enfermera de la escuela?** \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Por la presente certifico que el historial de salud de este niño es correcto y está de acuerdo con mi conocimiento y también estoy de acuerdo con la divulgación de la información de salud de mi hijo entre FUESD y los profesionales externos de la salud.

Firma del Padre / Tutor

Fecha