



FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE LA SALUD DEL ALUMNO/A - 2016-2017

Nombre del alumno/a \_\_\_\_\_ Grado en 2016-17 \_\_\_\_\_

OPINIÓN DE LOS PADRES Y/O TUTORES SOBRE LA SALUD DE SU NIÑO/A

Por favor responda las siguientes preguntas sobre su hijo o hija:

- 1. ¿Sufre su hijo/a de un problema de salud que podría resultar en una emergencia en el aula? Sí \_\_\_ No \_\_\_
a. ¿Tiene reacciones alérgicas? Sí \_\_\_ No \_\_\_
¿A qué le tiene alergia? \_\_\_\_\_
b. ¿Tiene asma? Sí \_\_\_ No \_\_\_
c. ¿Tiene epilepsia? Sí \_\_\_ No \_\_\_
Medicamentos que toma: \_\_\_\_\_
d. ¿Tiene diabetes? Sí \_\_\_ No \_\_\_
e. ¿Tiene problemas cardíacos? Sí \_\_\_ No \_\_\_
Describir: \_\_\_\_\_
2. ¿Actualmente, está su hijo/a en tratamiento médico por un problema de salud o porque se le ha prescrito un medicamento? Sí \_\_\_ No \_\_\_
Si así es, por favor nombre la enfermedad y/o medicamento recetado: \_\_\_\_\_
3. ¿Usa su hijo/a anteojos? \_\_\_ ¿Usa lentes de contacto? \_\_\_ ¿Hace cuánto tiempo? \_\_\_ Sí \_\_\_ No \_\_\_
¿Cuándo fue la última vez que cambió la receta de sus anteojos o lentes de contacto? \_\_\_\_\_
4. ¿Ha tenido su hijo/a una pérdida del oído recientemente? Sí \_\_\_ No \_\_\_
¿Ha tenido su hijo/a una infección de oído el año pasado? Sí \_\_\_ No \_\_\_
5. ¿Alguna vez ha tenido su hijo/a una lesión tan grave que haya afectado su asistencia a la escuela? Sí \_\_\_ No \_\_\_
Si es que sí, por favor explicar: \_\_\_\_\_
6. ¿Alguna vez ha tenido su hijo/a operaciones serias (cirugía mayor)? Sí \_\_\_ No \_\_\_
Si es que sí, por favor explicar: \_\_\_\_\_
7. ¿Tiene problemas mentales o emocionales que puedan afectar sus estudios? Sí \_\_\_ No \_\_\_
Si es que sí, por favor explicar: \_\_\_\_\_
8. ¿Ha tenido su hijo/a un examen dental el año pasado? Sí \_\_\_ No \_\_\_
9. ¿Ha tenido su hijo/a un examen médico (chequeo general) el año pasado? Sí \_\_\_ No \_\_\_
10. ¿Tiene su hijo/a un problema del habla o del lenguaje? Sí \_\_\_ No \_\_\_
Si así es, por favor explicar: \_\_\_\_\_
11. ¿Necesita su hijo/a limitar su actividad física? Sin restricciones \_\_\_\_\_ Limitada \_\_\_\_\_
Si debe limitar su actividad física, por favor explicar por qué: \_\_\_\_\_
12. Otros comentarios sobre su salud: \_\_\_\_\_

Firma del padre, madre o tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_