



FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE LA SALUD DEL ALUMNO/A - 2017-2018

Nombre del alumno/a _____ Grado en 2017-18 _____

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 _____