

FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE LA SALUD DEL ALUMNO/A – 2018-19

Nombre del alumno/a

Grado en 2018-19

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? Sí No ¿Usa lentes de contacto? ¿Hace cuánto tiempo?
 ¿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? Si es que sí, por favor explicar: Sí No
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