



HEMPSTEAD PUBLIC SCHOOLS

CUESTIONARIO PARA PADRES

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: ____

Madre: _____ Padre: _____

Con quien vive el estudiante? _____

Quien es el Apoderado? _____

ALERGIAS O ASTMA

Favor de indicar si el estudiante tiene alergias, asma o reacciones a:

Medicinas: _____

Comidas / Plantas, Otras: _____

Piquete de avispa / Abejas u Hormigas: _____

Cuál es el tratamiento recomendado a seguir? _____

Ha sido el estudiante diagnosticado con asma por un médico? ____ Si ____ No

Si su respuesta es sí, por favor explique qué tratamiento se le ha prescrito:

ENFERMEDADES, ACCIDENTES O CIRUGIAS

Por favor liste o indique cualquier enfermedad, Cirugía o accidente serio que el estudiante haya tenido:

Enfermedad, Cirugía o Accidente	Edad del Estudiante	Fue Hospitalizado?
---------------------------------	---------------------	--------------------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

INFORMACION ADICIONAL

Que medicamentos se le dan diariamente? _____

Que medicamentos se le dan frecuentemente, pero no diariamente? _____

Este estudiante es usualmente: ____ muy activo / ____ normalmente activo / ____ poco activo

Tiene usted algún comentario o alguna preocupación acerca de la salud del estudiante por ejemplo: de comportamiento, desarrollo, etc... o algo más que usted quiera dejarle saber a la escuela?

Completado por: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Relación al estudiante: _____

Me gustaría tener una conferencia con la enfermera de la escuela: ____ YES ____ NO