



CORPORACIÓN ESCOLAR DE LA COMUNIDAD
DE SOUTH BEND

Cuestionario de Salud para Padres

ESTE FORMULARIO DEBE SER LLENADO POR UN PADRE/MADRE/GUARDIÁN:

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nac.: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Escuela: _____ Fecha: _____

HISTORIAL DE SALUD

Desarrollo de Infancia

Término completo/prematuro: _____ Peso al nacer: _____

Ictericia al nacer: (Si/No) _____ Ictericia después (Si/No): _____

Se pudo sentar derecho(a) a los: _____ meses

Pudo caminar a los: _____ meses

Comenzó a decir palabras a los: _____ meses

Mi hijo(a) es el/la _____ (número) en una familia de _____ (número) niños(as).

¿Su hijo(a) alguna vez sufrió de convulsiones? (Si/No) _____

¿Su hijo(a) alguna vez tuvo problemas de alimentación? (Si/No) _____

¿Su hijo(a) alguna vez sufrió fiebres altas frecuentes? (Si/No) _____

Enfermedades Severas/Frecuentes: _____

Lesiones Severas: _____

Operaciones: _____

Tratamientos Especiales; _____

¿Tiene su hijo(a) alguna condición que debe ser tomado en cuenta al planificar el programa de educación de él/ella? _____

Fecha: _____ Firma de Padre/Madre/Guardián: _____