



Formulario de historial médico del estudiante



Padres: Si desea que su hijo reciba un examen de la vista, por favor, firme y devuelva el consentimiento para los servicios de la vista lo antes posible.

Por favor escriba con imprenta:

NOMBRE DEL ESTUDIANTE	FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN DE LA VISTA DEL ESTUDIANTE
NOMBRE DE LA ESCUELA	¿USA SU HIJO LENTES O LENTES DE CONTACTO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

¿CÓMO SE ENTERÓ DEL PROGRAMA DE LA VISTA? (Marque todos los que aplican)

Personal de la escuela Carta sobre evaluación de la vista que su hijo no aprobó Amigo Otro

¿TIENE SU HIJO ALGUNA DE ESTAS CONDICIONES: (Marque todas las que aplican)

Asma Problemas auditivos/de oídos Enfermedad mental Alta presión arterial Glaucoma

Problemas neurológicos Problemas de conducta Diabetes Problemas gastrointestinales Problema genitourinario

Enfermedad cardíaca Problemas endocrinos Trastorno de déficit de atención Músculo-esqueléticos Otras condiciones _____

¿TOMA SU HIJO ALGÚN MEDICAMENTO? SÍ NO

Haga una lista de los medicamentos

¿TIENE SU HIJO ALERGIAS? SÍ NO

Haga una lista de las alergias

¿USA SU HIJO GOTAS ÓPTICAS? SÍ NO

Haga una lista de las gotas ópticas

¿HA TENIDO SU HIJO UNA CIRUGÍA DEL OJO? SÍ NO

En caso afirmativo, explique por favor

¿HA TENIDO SU HIJO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES?

Terapia visual Visión borrosa/doble visión Lagrimeo Dificultad para estar quieto Se frustra fácilmente

Parche de ojo Pierde de líneas cuando lee Sensibilidad a la luz Evita leer/escribir Falta de confianza

Cirugía del ojo Lesión del ojo Enrojecimiento Dificultad para prestar atención Secreción del ojo

Dolor en el ojo Infección del ojo Párpados caídos Tiene el nivel de lectura inferior a su grado Ojo desviado/perezoso

Dificultad para enfocar la vista Irritación/ardor Dificultad para terminar su trabajo Mala escritura

Otros _____

¿ALGÚN FAMILIAR INMEDIATO DE SU HIJO TIENE ALGUNO DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES? (Marque todas las que aplican y la relación con su hijo)

SÍ NO Usa lentes SÍ NO Ojo desviado SÍ NO Diabetes SÍ NO Problemas cardiovasculares

SÍ NO Glaucoma SÍ NO Ceguera SÍ NO Problemas músculo-esqueléticos SÍ NO Problemas neurológicos

SÍ NO Ojo perezoso SÍ NO Degeneración macular SÍ NO Enfermedad cardíaca SÍ NO Enfermedad mental

SÍ NO Alta presión arterial

¿TIENE SU HIJO UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN INDIVIDUALIZADO (IEP)? SÍ NO

EL RENDIMIENTO ACADÉMICO DE MI HIJO ES: Superior al nivel del grado Es del nivel del grado Inferior al nivel del grado

SI ES INFERIOR AL NIVEL DE GRADO, POR FAVOR SELECCIONE LAS CLASES (Marque todas las que aplican) Lectura Escritura Matemáticas Estudios Sociales Otro _____

¿ESTÁ RECIBIENDO SU HIJO ALGUNO DE LOS SERVICIOS MENCIONADOS ABAJO? (Marque todos los que aplican)

Educación especial Tutoría Terapia del lenguaje Terapia ocupacional (OT) Terapia física (PT)

ESCRIBA LOS PASATIEMPOS O LOS INTERESES ESPECIALES DE SU NIÑO:

¿HAY ALGO MÁS QUE DESEE QUE SEPAMOS SOBRE SU HIJO?