

DISTRITO ESCOLAR DE KETTERING CITY
FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE SALUD

Estimado padre/madre/tutor:

Complete el siguiente cuestionario de salud respecto a su estudiante. La enfermera de la escuela revisará la información y la compartirá con el personal de la escuela conforme sea necesario.

Nombre del/de la estudiante: _____ Fecha _____

Núm. de estudiante _____ Escuela/Unidad _____ Grado/Maestra(o) _____

¿Su estudiante tiene?

Asma _____ Convulsiones _____ Enfermedad cardíaca _____ Otra _____
Diabetes _____ Desatención (ADD)/Hiperactividad (ADHD) _____ Cáncer _____

¿Su estudiante tiene alergias a los alimentos, alergias por inhalación o a picaduras de insectos? Sí ___ No ___

Si respondió sí, describa la reacción y los medicamentos utilizados: _____

¿Su estudiante tiene una discapacidad física y/o limitación? Sí ___ No ___

Explique _____

Por favor, enumere todos los medicamentos que su estudiante toma de forma regular y la razón:

¿El/la estudiante necesitará tomar medicamentos durante el horario escolar? Sí ___ No ___

(SI RESPONDIÓ SÍ, SOLICITE UN FORMULARIO DE PERMISO PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SU OFICINA ESCOLAR O VISITE NUESTRO SITIO WEB EN www.ketteringschools.org EN LA SECCIÓN DE FORMULARIOS)

¿Su estudiante usa anteojos? Sí ___ No ___ ¿Usa lentes de contacto? Sí ___ No ___

¿Su estudiante tiene dificultades para escuchar? Sí ___ No ___ ¿Usa un aparato auditivo? Sí ___ No ___

Por favor, enumere cualquier otro historial de salud o información médica que el personal de la escuela deba conocer.

Firma del padre/madre/tutor

Número telefónico diurno

عزيزي الأب/الأم/الوصي،

رجاء ملء الاستبيان الصحي التالي الخاص بالطالب. سيتم مراجعة المعلومات من قبل ممرضة المدرسة ومشاركتها مع موظفي المدرسة حسب الضرورة.

اسم الطالب: _____ التاريخ _____

رقم الطالب _____ المدرسة/الوحدة _____ الصف/المعلم _____

هل يعاني الطالب مما يلي؟

الربو _____ اضطرابات الصرع _____ أمراض القلب _____ أمراض أخرى _____
مرض السكر _____ اضطراب نقص الانتباه (ADD)/اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه (ADHD) _____ السرطان _____

هل يعاني الطالب من حساسية تجاه بعض الأطعمة أو المستنشقات أو الحشرات اللادغة؟ نعم _____ لا _____

إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى وصف رد الفعل والأدوية المستخدمة: _____

هل يعاني الطالب من قصور و/أو إعاقة بصرية؟ نعم _____ لا _____

التوضيح _____

رجاء ذكر جميع الأدوية التي يتناولها الطالب بصفة منتظمة وسببها: _____

هل سيحتاج الطالب إلى تناول أي دواء خلال ساعات الدوام المدرسي؟ نعم _____ لا _____

(إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى طلب استمارة الإنزنج إعطاء الدواء من مكتب المدرسة أو الدخول على موقع الويب www.ketteringschools.org تحت استمارات)

هل يرتدي الطالب نظارة؟ نعم _____ لا _____ عدسات لاصقة؟ نعم _____ لا _____

هل يعاني الطالب من فقد السمع؟ نعم _____ لا _____ هل يرتدي سماعة أذن؟ نعم _____ لا _____

رجاء ذكر أية سيرة مرضية أو معلومات طبية أخرى ينبغي إطلاع موظفي المدرسة عليها: _____

رقم الهاتف النهاري _____

توقيع الأب/الأم/الوصي _____

凯特林市学区

健康信息表

尊敬的家长/监护人，

请完成下面关于您孩子的健康问卷。学校医护人员将会对此信息进行核实，必要时将会与学校的工作人员共享此信息。

学生姓名：_____ 日期 _____

学生编号 _____ 学校/部门 _____ 年级/老师 _____

您的孩子是否患有以下疾病？

哮喘 _____ 癫痫症 _____ 心脏病 _____ 其他 _____

糖尿病 _____ 注意力不足过动症 _____ 癌症 _____

您的孩子是否对某些食物、吸入剂，或有刺昆虫过敏？是 ___ 否 ___

如果是，请描述相关反应以及曾经用过的药物： _____

学生是否有身体残疾和/或生理缺陷？有 ___ 没有 ___

请解释说明

请列出您孩子需要定期服用的药物以及服药原因：

孩子在校期间是否需要服用药物？需要 ___ 不需要 ___

(如果需要，请您从学校办公室索要一份施用药物同意表，或登陆我们的网站www.ketteringschools.org下载此表)

您的孩子是否佩戴眼镜？是 ___ 否 ___

隐形眼镜？是 ___ 否 ___