



Estudiante plan de salud individual
Formulario de información del estudiante (estudiante)

1. ¿Tienes alguna condición médica que requiera cuidados de rutina o de emergencia durante el tiempo en la escuela? Sí No

En caso afirmativo, ¿cómo se llama la condición médica? _____

2. ¿Cuándo y con qué frecuencia esta condición médica es un problema para ti?

3. ¿De qué manera te afecta la condición o enfermedad cuando los síntomas son más serios?

4. Por favor indique todos los medicamentos que tomas actualmente (con o sin receta). _____

5. ¿Ha habido cambios importantes en la familia recientemente (por ejemplo, mudanzas, nacimientos, fallecimientos, enfermedades graves (de familiares o amigos), separaciones o divorcios)? Sí No

En caso afirmativo, cuáles han sido los cambios y cuándo ocurrieron: _____

6. Describe tu comportamiento y tus relaciones con otros compañeros, hermanos, vecinos y padres (por ejemplo, te llevas bien con los demás, eres sociable, cariñoso/a, retraído/a): _____

7. La información de un proveedor médico puede ser muy útil para determinar la mejor manera de atender a tus necesidades. Proporcione todos los récords médicos importantes.

8. ¿Hay alguna otra información sobre ti que quisieras que el personal de la escuela supiera?

Nombre (EN LETRA DE IMPRENTA)

Firma



UNIVERSITY OF
SOUTH DAKOTA
SANFORD SCHOOL OF MEDICINE

Center for Disabilities