



**Padres plan de salud individual  
Formulario de información del estudiante (padres)**

1. ¿Su hijo/a tiene 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 su hijo/a?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. ¿De qué manera afecta a su hijo/a esta condición o enfermedad cuando los síntomas son más serios?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. Por favor, indique todos los medicamentos que su hijo/a toma 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, identifique los cambios y cuándo ocurrieron: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Describa el comportamiento y las relaciones de su hijo/a con otros compañeros, hermanos, vecinos y padres (por ejemplo, se lleva bien con los demás, es sociable, cariñoso/a, retraído/a): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. La información de un proveedor médico puede ser muy útil para determinar la mejor manera de satisfacer las necesidades de su hijo/a. Proporcione todos los récords médicos importantes.

8. ¿Hay alguna otra información sobre su hijo/a que desee que el personal de la escuela supiera?

---

---

---

Nombre del padre/madre/tutor

---

Firma del padre/madre/tutor

(EN LETRA DE IMPRENTA)



UNIVERSITY OF  
**SOUTH DAKOTA**  
SANFORD SCHOOL OF MEDICINE

**Center for Disabilities**