



Cuestionario de Salud del Estudiante

Fecha de finalización de los formularios de inscripción del sitio PFA: _____

Nombre del Estudiante: _____

Apellido del Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Género: _____

Número de identificación del Estudiante de Preescolar Para Todos: _____

Nombre de Sitio de Preescolar Para Todos: _____

Nombre del Padre/Guardián: _____

Número de Teléfono: _____

Número de Teléfono Secundario: _____

Dirección de Correo Electrónico _____

¿En qué idioma(s) preferiría recibir la Comunicación? _____

¿Recibe su hijo servicios a través del Multnomah Early Childhood Program o tiene un Plan

Individual de Servicios Familiares? Sí ____ No ____



• ¿Su hijo tiene alguna necesidad médica o condición de salud enumerada a continuación?

____ Asma ____ Diabetes ____ Convulsiones ____ Insuficiencia
suprarrenal

Alergias (lista): _____

¿Epi-Pen en la escuela? Sí ____ No ____

Necesidades/Equipos Médicos: _____

Otra: _____

• ¿Su hijo necesitará algún medicamento necesario durante el horario escolar? Sí ____ No ____

En caso de que sí, indique la
medicación: _____

¿Tiene alguna inquietud en alguna de las áreas indique a continuación? (Marque todas las que
correspondan)_

____ Visión ____ Auditiva ____ Dientes ____ Comer / Tragar (Deglutir)

Firma de los Padres: _____ Fecha: _____