



**CHRONIC DISEASE ASSESSMENT/ EVALUACIÓN DE ENFERMEDADES CRONICAS**

<b>DISEASE / ENFERMEDAD</b>	<b>NO</b>	<b>YES/ SI</b>
Asthma/Asma		<input type="checkbox"/> INTERMITENT/INTERMITENTE <input type="checkbox"/> MILD PERSISTENT/LEVE PERSISTENTE <input type="checkbox"/> MODERATE PERSISTENT/MODERADA PERSISTENTE <input type="checkbox"/> SEVERE PERSISTENT/SEVERA PERSISTENTE <input type="checkbox"/> EXERCISE INDUCED/ INDUCIDA POR EJERCICIO
Anaphylaxis Allergies/ Anafilaxis alergias		<input type="checkbox"/> FOOD/ COMIDA _____ <input type="checkbox"/> MEDICINE/MEDICINA _____ <input type="checkbox"/> INSECTS/ INSECTOS _____ <input type="checkbox"/> LATEX <input type="checkbox"/> UNKNOWN SOURCE/ FUENTE DESCONOCIDA
Diabetes/Diabetes		Type/Tipo
Seizures/Convulsiones		Type/Tipo

**IMMUNIZATION RECORD/RECORD DE VACUNAS**

Up To Date/Actualizada: \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Catch Up Schedule/Esquema de Actualización:

**MEDICAL RECOMMENDATIONS  
RECOMENDACIONES MÉDICAS**

- Based on this complete health history and physical examination, this student has maintained his-her level of wellness  
*Basado en esta historia médica y examen físico, este estudiante ha mantenido su nivel de bienestar.*  
 Yes/Si  No  
 If No, please explain the needed restrictions-adaptations  
*Si No, por favor explique los restricciones-adaptaciones necesarias:*
- This student may participate fully in the school program including Physical Education  
*Este estudiante puede participar plenamente en el programa escolar incluyendo Educación Física.*  
 Yes/Si  No  
 If No, please explain the needed restrictions-adaptations:  
*Si No, por favor explique los restricciones-adaptaciones necesarias:*
- Participate fully in the athletic activities and competitive sports:  
*Participar plenamente en las actividades atléticas y deportes competitivos*  
 Yes/Si  No  
 If No, please explain the needed restrictions-adaptations:  
*Si No, por favor explique los restricciones-adaptaciones necesarias:*
- This student has a developmental, emotional, behavioral or psychiatric condition that may affect his or her educational experience.  
*Este estudiante tiene una condición emocional, de desarrollo, de comportamiento o psiquiátrica que podría afectar su experiencia educativa.*  
 Yes/Si  No  
 Explain/Explique:  
 Daily medications/Medicamentos diarios: (specify/especifique)
- I would like to discuss information in this report with school health office personnel.  
*Me gustaría discutir alguna información de este reporte con personal de la oficina de salud escolar.*  
 Yes/Si  No

2

Signature of Health Care Provider

Date

Stamped Provider Name

**VACINATION RECORD  
RECORD DE VACUNAS**

Student's Full Name/Nombre Completo del Estudiante:

Birth Date/Fecha de Nacimiento

**To health care provider: Please complete chart below if there is no legible copy of immunization record  
Para el médico: por favor completar el cuadro si no hay una copia legible de la tarjeta de vacunación**

Vaccine/Vacuna	1			2			3			4			5			6		
	M	D	Y	M	D	Y	M	D	Y	M	D	Y	M	D	Y	M	D	Y
	Mes	Día	Año	Mes	Día	Año	Mes	Día	Año	Mes	Día	Año	Mes	Día	Año	Mes	Día	Año
DTP, DTaP, DT DIFTERIA, TOS FERINA, TETANOS																		
Tdap																		
POLIO POLIOMIELITIS																		
MEASLES SARAMPION																		
MUMPS PAPERAS																		
RUBELLA RUBEOLA																		
MMR TRIPLE VIRAL																		
Hib HAEMOPHILUS INFLUENZA B																		
HB Hepatitis B																		
PENTA (DTP/Hib/ HB)																		
VARICELLA VARICELA																		
BCG							TB SKIN TEST/ TU- BERCULINA	Result:		TB SKIN TEST/ TU- BERCULINA	Result:							
HEPATITIS A																		
PNEUMOCOC- CAL NEUMOCOCO																		
MENINGOCOC- CAL MENINGOCOCO																		
FLU INFLUENZA																		
OTHER OTRAS																		

Signature of Health Care Provider  
Firma del Médico

Date  
Fecha

Stamped Provider Name  
Sello Médico