Spanische Übersetzung des Formulars "Fragebogen über den Gesundheitszustand (2. Kindergarten und 4. Schuljahr der Primarstufe)" / Ausgabe 2021

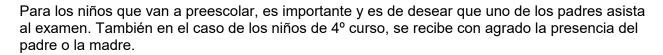
Cuestionario sobre el estado de salud (2º año de preescolar y 4ª clase de primaria)

Queridos padres

Próximamente tendrá lugar el reconocimiento médico-escolar obligatorio por parte del médico escolar.

Su hijo/a será dispensado/a del examen médico-escolar si presentan ustedes un certificado en el que su médico de familia confirme haber realizado el reconocimiento o fijado fecha para el mismo. El médico escolar debe haber recibido dicho certificado **por lo menos una semana antes** del examen médico-escolar previsto.

Si hasta el día del examen no se ha recibido ningún certificado, el médico escolar efectuará el examen médico-escolar obligatorio.



Se les ruega traigan los siguientes documentos al examen:

- el **cuestionario** sobre el estado de salud, rellenado por completo, en un sobre cerrado
- gafas, si se usan
- el certificado de vacunación
- la **autorización por escrito** del formulario "Vacunas recomendadas", así como la tarjeta de su caja de enfermedad por su fuera necesario administrar vacunas en ese momento.

Con motivo del reconocimiento médico-escolar obligatorio, el médico escolar puede efectuar otros reconocimientos a petición de los padres y con su consentimiento, o asesorar en caso de problemas. Para estos reconocimientos suplementarios, los padres deben dar su consentimiento por escrito en el presente formulario, que debe ser entregado al médico el día del reconocimiento médico-escolar.



.			de nacimiento:	
Calle:	N	lˇ. postal/Lugar:		
Apellido/Nombre de los pad	lres:		No. Tfno	
Máxima formación conclu Escuela obligatoria (Escuela e Formación profesional, maestr escuela media técnica (nivel s Escuela superior esp., univers	elemental, secundaria, de ría profesional, bachillera ec. II)	ato,		Mad □ □
Profesión que ejerce actual	mente el padre:			
Profesión que ejerce actual				
Año de nacimiento de los h				
Datos sobre el desarrol Las preguntas siguientes se reconocimientos anteriores A qué edad podía caminal	e deben responder sól o en caso de que hay	o en caso de que n a habido cambios.	o hayan sido respondio	das en
¿Ha llevado usted <u>en los últ</u> médicos periódicos?	<u>timos dos años</u> a su hi	ijo/a al pediatra par □ no	a realizar los reconocir □ sí	mientos
Enfermedades que ha tenid	lo:			
Otitis media (varias veces) Angina (varias veces)		□ sí □ sí		
Sarampión			ué edad?	
Paperas	□ no		ué edad	
Rubéola	□ no		4!!0	
Varicela	□ no		ué edad?	
Tos ferina	□ no	□ sí ¿a c	ué edad?	
¿Existen secuelas de accid 2. Datos sobre el estado d ¿Existe alguno de los siguid	de salud actual		ar lo que corresponda)	
	☐ Dolores de	espalda	☐ Dolores de e	stómago
☐ Trastornos de la vista		cardiovasculares	□ Nerviosismo	3-
□ Trastornos de la vista□ Trastornos de movilidad	☐ Trastornos		☐ Ataques de r	abia
☐ Trastornos de movilidad☐ Asma/pulmonía	☐ Trastornos ☐ Alteracione	es del sueño		
☐ Trastornos de movilidad☐ Asma/pulmonía☐ Problemas del peso	☐ Alteracione ☐ Alergias		☐ Angustias	_
 ☐ Trastornos de movilidad ☐ Asma/pulmonía ☐ Problemas del peso ☐ Problemas de la piel 	☐ Alteracione☐ Alergias☐ Trastornos	del habla	☐ Problemas d	
☐ Trastornos de movilidad☐ Asma/pulmonía☐ Problemas del peso	☐ Alteracione☐ Alergias☐ Trastornos			
 ☐ Trastornos de movilidad ☐ Asma/pulmonía ☐ Problemas del peso ☐ Problemas de la piel 	☐ Alteracione☐ Alergias☐ Trastornos☐ Dolores de	del habla articulaciones	☐ Problemas de ☐ Incontinencia	