

**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.



Para los niños que van a preescolar, es importante y es de desear que uno de los padres asista al examen. También en el caso de los niños de 4º curso, se recibe con agrado la presencia del padre o la madre.

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.

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Calle: _____ N°. postal/Lugar: _____

Apellido/Nombre de los padres: _____ No. Tfno. _____

Máxima formación concluida

Escuela obligatoria (Escuela elemental, secundaria, de orientación, especial)

Padre

Madre

Formación profesional, maestría profesional, bachillerato,
escuela media técnica (nivel sec. II)

Escuela superior esp., universidad politécnica, universidad, doctorado (nivel terciario)

Profesión que ejerce actualmente el padre: _____

Profesión que ejerce actualmente la madre: _____

Año de nacimiento de los hermanos: hermanos _____ hermanas: _____

1. Datos sobre el desarrollo y enfermedades anteriores

Las preguntas siguientes se deben responder sólo en caso de que no hayan sido respondidas en reconocimientos anteriores o en caso de que haya habido cambios.

¿A qué edad podía caminar libremente su hijo/a? _____ ¿y hablar? _____

¿Ha llevado usted en los últimos dos años a su hijo/a al pediatra para realizar los reconocimientos médicos periódicos? no sí

Enfermedades que ha tenido:

Otitis media (varias veces)

no

sí

Angina (varias veces)

no

sí

Sarampión

no

sí

¿a qué edad?

Paperas

no

sí

¿a qué edad?

Rubéola

no

sí

¿a qué edad?

Varicela

no

sí

¿a qué edad?

Tos ferina

no

sí

¿a qué edad?

¿Padece enfermedades crónicas? (¿cuáles, desde cuándo?):

¿Existen secuelas de accidentes? (¿cuáles, desde cuándo?):

2. Datos sobre el estado de salud actual

¿Existe alguno de los siguientes problemas o padecimientos? (marcar lo que corresponda)

Trastornos de la vista

Dolores de espalda

Dolores de estómago

Trastornos de movilidad

Trastornos cardiovasculares

Nerviosismo

Asma/pulmonía

Alteraciones del sueño

Ataques de rabia

Problemas del peso

Alergias

Angustias

Problemas de la piel

Trastornos del habla

Problemas de celos

Trastornos de audición

Dolores de articulaciones

Incontinencia nocturna

¿Existen otros problemas o padecimientos? En caso afirmativo ¿cuáles?:

¿Se está realizando un tratamiento médico en la actualidad? En caso afirmativo, ¿por qué motivo? ¿Con quién?