Por favor, utiliza este formulario de declaración para proveer información relativa a tu actual estado de salud.

Para que todos los estudiantes estén saludables, es importante que los miembros facultativos sean conscientes de la condición de tu salud así que, por favor, rellena los siguientes campos de forma detallada.   
Ten en cuenta que no ofrecemos consulta médica ni medicamentos en la escuela. Esta declaración será resguardada confidencialmente.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. ¿Cuál es tu estado actual de salud? | | | Muy bueno  Normal  No muy bueno  Malo | | | |
| 1. ¿Estás en la actualidad bajo tratamiento debido a algún problema de salud? | | | No  Sí | | Desde Año/ Mes/  Nombre de la enfermedad (　　　　　　　　　　　　 　 　） | |
| 1. ¿Consumes en la actualidad algún medicamento prescrito? ¿Has tomado algún medicamento por prescripción durante el último año? | | | No  Sí | | Fecha de la prescripción: Año/ Mes/  Medicamento:　Tranquilizante ・ Fármaco antiepiléptico ・ Medicamento para asma ・ Otros（　　　 　 　　　　　　　 　） | |
| 1. ¿Has sido sometido a cirugía o has estado hospitalizado en los últimos 5 años? | | | No  Sí | | Fecha: Año/ Mes/  Motivo（　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　 　　） | |
| 1. ¿Tienes algún antecedente de enfermedad o algún tipo de enfermedad crónica? | | | No 　Sí  ※En caso afirmativo, por favor, elige la opción correspondiente a continuación y rellena los detalles. | | | |
| 1. Tuberculosis | No  Sí | Comienzo  　Año/ Mes/ | | Estado actual 　Recuperado/a　 　Medicándome | | |
| 1. Trastorno mental | No  Sí | Comienzo  　Año/ Mes/ | | Depresión  Ansiedad  Trastorno de pánico  Trastorno de déficit de atención（TDA)  Trastorno de déficit de atención con hiperactividad（TDAH)  Other ( ) | | |
| 1. Alergias, incluyendo asma | No  Sí | Comienzo  　Año/ Mes/ | | Comida  Fármaco  Productos químicos  Otros（　　　　　　　　　　 　　　　 ） | | |
| 1. Malaria u otro tipo de enfermedad contagiosa | No  Sí | Comienzo  　Año/ Mes/ | | Nombre: | | |
| 1. Diabetes | No  Sí | Comienzo  Año/ Mes/ | |  | | |
| 1. Otras | No  Sí | Comienzo  　Año/ Mes/ | | Estado actual  Recuperado/a　  Medicándome | | |
| 1. ¿Tienes un historial de vacunación? | | Tuberculosis  Triple viral  Polio  Sarampión  Rubeóla   Difteria  Tétano  Meningitis　  Otras（　　　 ） | | | | |
| 1. Necesidades especiales por tratamiento alimenticio o restricciones de dieta | | No  Sí | | | | Desde: Año/ Mes/  Motivo（　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 1. Por favor, escribe cualquier información relacionada con tu salud que la escuela deba saber con anticipación. | | | | | | |

**Por la presente declaro que la información proporcionada en este impreso es veraz y correcta.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Firma del interesado:** |  |  | **Fecha:** | **AAAA/ MM/ DD/** |