



INFORMACIÓN MÉDICA PARA EL PROGRAMA 'OPENING DOORS' - ESCUELA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES DE LA VISTA DE ILLINOIS

Apellido del Niño: _____ Nombre: _____ Inicial 2do Nombre: _____

Fecha de Nac.: _____ Masculino Femenino

Oftalmólogo _____ Teléfono: _____

Médico: _____ Teléfono: _____

Edad que Perdió Vista Fecha de Nac. Otro _____
(anote)

Condición Específica de la Vista - Causa de Pérdida de la Vista _____

Visión Ojo Derecho _____ / _____ Visión Ojo Izquierdo _____ / _____

Sólo Percepción de Luz No tiene Percepción de Luz Se Desconoce

¿Padece su niño de otros problemas de salud? Sí No Si es sí, por favor explique _____

Alergias: Medicinas, por favor indique: _____

Alimentos, por favor indique: _____

Historial Médico: Marque todo lo que aplica: Anemia Asma Hemorragia / Trastorno de Coagulación

Diabetes Infecciones del Oído frecuentes Defect Corazón Hipertensión Desviación Tubo Alimenticio

Anemia Sickle Cell Hepatitis B VIH MRSA Otro _____

Tipo de Convulsiones, Ataques / Severidad _____ recuperación lenta recuperación rápida

Fecha del último ataque: _____

¿Qué le causa los ataques? (Indique): _____ Se Desconoce

Dieta especial: _____

Restricciones Físicas: _____

Equipo Médico que usa el niño: _____

Movilidad: camina gatea sillón de ruedas caminador usa bastón usa apoyador

otro _____

Medicinas - ¿Toma su niño medicinas? Sí No

Nombre de Medicinas	Dosis	Hora que la toma	Razón

MUY IMPORTANTE - Brevemente describa cualquier servicios pre-escolar o educativo que el hijo esté recibiendo actualmente. **Provea Informes -Se requiere por ejemplo, Informe del Oculista, Informe de Visión Funcional, OT, PT, Habla, Nutricional, etc.**

Hermanos que Asisten al Programa: Nombre _____ Edad _____

Indique problemas médicos y alergias: _____