



PE4ME FORMULARIO DE ADMICION PARA ESTUDIANTES

FECHA: / / FECHA DE NACIMIENTO: / /

NOMBRE DE ESTUDIANTE: _____

ID DE ESTUDIANTE: GRADO: GENERO: M ¹ F ²

TELEFONO #: (_____) _____ - _____ TRABAJO / CASA / CELLULAR (por favor escoja uno)

ID ESCOLAR: 0104 | Dana Hills High School

IDIOMA PRINCIPAL: ¹ ESPAÑOL

² INGLES

³ KOREANO

⁴ CHINO

⁵ VIETNAMITA

⁶ JAPANES

⁷ OTRO

ORIGEN:

¹ AFRICANO-AMERICANO

² ASIATICO/ISLA PACIFICO

³ AMERICANO NATIVO

⁴ ANGLOSAJON

⁵ HISPANO

⁶ OTRO

Medico Primario: _____

Numero de telefono: (_____) _____ - _____

Seguro de medico: Si No

HISTORIA FAMILIAR: Algún miembro de su familia sufre de los siguiente:

	<u>NIÑOS</u>	<u>PADRES</u>	<u>ABUELOS</u>	<u>TIO/TIA</u>	<u>HERMANOS</u>
DIABETES, TIPO I	<input type="radio"/> ¹	<input type="radio"/> ²	<input type="radio"/> ³	<input type="radio"/> ⁴	<input type="radio"/> ⁵
DIABETES, TIPO II	<input type="radio"/> ¹	<input type="radio"/> ²	<input type="radio"/> ³	<input type="radio"/> ⁴	<input type="radio"/> ⁵
ENFERMEDAD DE CORAZON	<input type="radio"/> ¹	<input type="radio"/> ²	<input type="radio"/> ³	<input type="radio"/> ⁴	<input type="radio"/> ⁵
ATAQUE CARDIACO ANTES DE 50 AÑOS	<input type="radio"/> ¹	<input type="radio"/> ²	<input type="radio"/> ³	<input type="radio"/> ⁴	<input type="radio"/> ⁵
PRESION ALTA	<input type="radio"/> ¹	<input type="radio"/> ²	<input type="radio"/> ³	<input type="radio"/> ⁴	<input type="radio"/> ⁵
OBESIDAD	<input type="radio"/> ¹	<input type="radio"/> ²	<input type="radio"/> ³	<input type="radio"/> ⁴	<input type="radio"/> ⁵
DERRAME CELEBRAL	<input type="radio"/> ¹	<input type="radio"/> ²	<input type="radio"/> ³	<input type="radio"/> ⁴	<input type="radio"/> ⁵
ASMA	<input type="radio"/> ¹	<input type="radio"/> ²	<input type="radio"/> ³	<input type="radio"/> ⁴	<input type="radio"/> ⁵



HISTORIA:

Medicamentos:

Alergias:

Problemas Médicos:

CUANTAS HORAS AL DIA PARTICIPAS EN:

	<u>Menos de 2 Horas</u>	<u>2 Horas</u>	<u>Mas de 2 Horas</u>
1. Televisor (TV, Juegos de video, Computadora):	<input type="radio"/> ¹	<input type="radio"/> ²	<input type="radio"/> ³
	<u>0-2 Veces</u>	<u>3-5 Veces</u>	<u>6 o mas Veces</u>
2. Cuantas dias por semana su hijo/hija consume comida rápida/restaurante?	<input type="radio"/> ¹	<input type="radio"/> ²	<input type="radio"/> ³
3. Cuantas dias por semana su hijo/hija desayuna?	<input type="radio"/> ¹	<input type="radio"/> ²	<input type="radio"/> ³
4. Cuantas dias por semana su hijo/hija participa en 60 o mas minutos en actividades físicas (caminar, correr, bicicleta, deportes)?	<input type="radio"/> ¹	<input type="radio"/> ²	<input type="radio"/> ³
5. Cuantas dias por semana su hijo/hija consume 5 o mas frutas o vegetales al día?	<input type="radio"/> ¹	<input type="radio"/> ²	<input type="radio"/> ³
6. Cuantas dias por semana su hijo/hija consume guzgueras? (galletas, dulce, soda, Cheetos ©, Doritos ©, etc...)	<input type="radio"/> ¹	<input type="radio"/> ²	<input type="radio"/> ³
7. Cuantas dias por semana su hijo/hija toma 2-3 8 oz vasos de leche al día?	<input type="radio"/> ¹	<input type="radio"/> ²	<input type="radio"/> ³
8. Cuantas dias por semana su hijo/hija consume aperitivos saludables? (frutas, vegetales, granola, rice cakes, etc...)	<input type="radio"/> ¹	<input type="radio"/> ²	<input type="radio"/> ³
9. Indique por favor <u>UN</u> tipo de leche que su hijo/hija consume:	<input type="radio"/> ¹ Entera	<input type="radio"/> ² 2% Desgrasada	<input type="radio"/> ³ Desgrasada
	<input type="radio"/> ⁴ 1% Desgrasada	<input type="radio"/> ⁵ Leche de Soya	<input type="radio"/> ⁶ Ninguna
10. Consume normalmente su hijo/hija meriendas saludables mientras Mira la TV, juega video o usa la computadora?	<input type="radio"/> ¹ Siempre	<input type="radio"/> ² A veces	<input type="radio"/> ³ Nunca

	<u>Muy Importante</u>	<u>Algo Importante</u>	<u>Nada Importante</u>
11. Cuan importante es para usted mejorar su actividad física?	<input type="radio"/> ¹	<input type="radio"/> ²	<input type="radio"/> ³
12. Cuan importante es para usted mejorar sus hábitos nutricionales?	<input type="radio"/> ¹	<input type="radio"/> ²	<input type="radio"/> ³

NOMBRE DE ESTUDIANTE: _____

ID DE ESTUDIANTE:

ID ESCOLAR: 0 0 4 Dana Hills High School