

Formulario de Salud

ID del estudiante: _____

Primera inicial: _____

Apellido : _____

Información del estudiante

Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____ FDN _____ Género _____ Grado _____

Información médica

Por favor actualice la información de salud cada año (Padres/tutores, por favor indiquen y actualicen cualquier cambio a la información médica)

Tiene su niño algunas preocupaciones de salud? No Si **Por favor marque la(s) caja(s) abajo.**

ALERGIAS:

LEVES/MODERADAS

- Abejas/insectos (reacción leve,moderada)
- Intolerancia a comida (indique)_____
- Medicamento (indique)_____
- Ambiental (indique)_____

SEVERAS/PELIGRO DE MUERTE

Epipen requerido en la escuela-Formulario#7109*

- Abejas/ Insectos
- Alimentos

Formulario de concesión para alimento #7805*

- Otra Cosa

ESCOLIOSIS

- Usa faja para la espalda
- Tuvo cirugía para la escoliosis-Fecha:_____

ASMA

- Historia de asma
- Medicamento usado en casa
- Medicamento necesario en la escuela*Formulario #7127*
 - Tratamiento de nebulizador*

OTRA CONDICIONES:

- TDAH -sin medicamento
- TDAH- con medicamento/indique abajo
- Autismo
- Artritis
- Ciego
- NO sangre o productos de sangre
- Cáncer-año/tipo: _____
- Parálisis Cerebral

- Fibrosis Quística
- Diabetes, Formulario #7171*
- Trastorno de alimento- CONFIDENCIAL
- Epilepsia/ Convulsiones-Tipo:_____
- Pérdida de audición:_____
- Usa un aparato auditivo
- Enfermedad del Corazón-Tipo:_____
- Hemofilia
- Enfermedad del Riñón-Tipo:_____
- Salud mental/comportamiento – CONFIDENCIAL (indique)_____
- Limitaciones de movilidad: _____
- Distrofia Muscular
- No Verbal

- Trasplante de Órgano
- Anemia Célula Falciforme
- Tuberculosis-año de tratamiento:_____
- Impedimento de visión
- Usa Anteojos/Lentes De Contacto
- Otra Cosa: Explique Abajo

MEDICAMENTO/POR FAVOR INDIQUE ABAJO

- Administrado en la casa:
 - Nombre del medicamento:_____
 - Dosis:_____
- Administrado diario en la escuela* # 7804*
- Administrado en la escuela según necesario* # 7804*

Todos los medicamentos (recetados y sin receta) administrados en la escuela **DEBEN tener un formulario #7804 actualizado de Autorización para la Administración de Medicamentos (o un equivalente) llenado y firmado por el médico y padre. Se recomienda que el padre/tutor legal proporcione a la escuela una cantidad de medicamento suficiente para 3 días para condiciones crónicas en caso de un desastre.*

PROCEDIMIENTOS ESPECIALES NECESARIOS EN LA ESCUELA (puede requerir orden médica)

- Uso de Sondas
- Traqueotomía/ Succión
- Asistencia de Cambio de Pañal y Aseo
- Tubo Gastronómico
- OTRO _____

Comentarios:

Nombre del medico: _____

Teléfono: _____

Domicilio: _____

Tipo de seguro: _____

Número del seguro: _____

Estimados Padres/ Tutores Legales: Su firma abajo autoriza al distrito escolar para obtener cuidado médico o tratamiento de emergencia necesario en caso de heridas serias, accidentes, o enfermedades (a su costo) con su médico o médico de la sala de emergencia elegido por la escuela. En caso de que sea necesario tratamiento de emergencia, el distrito escolar quedará libre de responsabilidades en todas las decisiones.

Por favor llame a la escuela si la información médica cambia a través del año escolar

Nombre de padre/madre/tutor (letra de molde): _____

Firma de padre/tutor (requerido): _____ Fecha: _____