

El aprendizaje de su hijo(a) depende de mantener buena salud. Para ayudarlo a proveer servicios de salud en la escuela, por favor complete este formulario y regréselo a la Enfermera Escolar.

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____
Apellido Paternal Primer Nombre Segundo Nombre mes-día-año

Grado _____ Escuela _____ Niño _____ Niña _____

Padre/Madre/Guardian _____ Teléfono _____

Trabajos de Padres _____
Padre Teléfono Madre Teléfono

Número de Teléfono Celular: Padre _____ Madre _____

Dirección de correo Padre _____ Madre _____

Contactos de Emergencia _____
(otro que no sea el de los padres) Nombre Teléfono Nombre Teléfono

Ultima escuela que asistió _____
Nombre Ciudad Estado

Nombre de Doctor _____ Preferencia de Hospital _____

Nombre de Dentista _____

¿Estudiante va a un ortodoncista? Sí _____ No _____ Nombre de Doctor _____

Por favor marque si el(la) estudiante tiene cualquiera de las siguientes condiciones:

___ Alergias-¿drogas, comida, otro? Por favor anótelas aquí _____

¿Qué ocurre? _____

___ ¿Usa medicina de emergencia? Sí _____ No _____ Nombre de medicina _____

___ Alergia a picadas de abejas ¿Qué ocurre? _____

___ ¿Le da una medicina de emergencia para picadas de abeja? Sí _____ No _____ Nombre de Medicina _____

___ Asma ¿Usa un inhalador? Sí _____ No _____ ¿Frecuencia? _____ Fecha diagnosticado _____

Anote medicina tomada para asma _____

Causado por: _____

___ Diabetes ¿Toma insulina? Sí _____ No _____ ¿Se revisa el azúcar de la sangre en la escuela? Sí _____ No _____

___ Problemas de huesos/articulaciones-Describe _____

___ ¿Tiene unas restricciones físicas? _____

___ Ataques Describe _____

Fecha de último ataque _____ Medicamentos _____

___ Condición de Corazón-Describe _____

___ ¿Tiene unas restricciones físicas? _____

___ Anemia de células falciformes ¿Hospitalización reciente para exacerbación? _____

Por favor marque si su hijo o hija tiene uno de los siguientes:

___ Problemas de Visión ___ Problemas del oído ___ Hemorragia nasal ___ Dolores de Cabeza

___ Lentes ___ Audífono ___ Enfermedad de la piel ___ Migrañas

___ Lentes de Contactos ___ Infecciones frecuentes del oído ___ Enfermedad del sangre ___ ADD/ADHD

Anote otros problemas medicas, cirugías, o otros asuntos que le gustaría que supiera la enfermera: _____

¿Qué medicamentos toma su hijo regularmente? _____

SI ESTUDIANTES REQUIEREN MEDICINA EN LA ESCUELA, POR FAVOR OBTENGA LOS FORMULARIOS NECESARIOS EN LA CLINICA. ESTA INFORMACION MÉDICA SE PUEDE SER COMPARTIDA CON EL PERSONAL NECESARIA SOLO CUANDO SE NECESITA SABERLA ASEGURAR LA SEGURIDAD DE SU HIJO(A).

Firma de padre o madre legal / guardián

Fecha _____