

INFORMACIÓN DE SALUD DEL ESTUDIANTE
Distrito Escolar de Ciudad de Provo

Nombre del Estudiante: _____ Sexo: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____

Padre/Tutor: _____

Tel. de Casa: _____ Tel. Celular: _____ Correo Electrónico: _____

El Estudiante vive con: Ambos Padres Madre Padre Otro _____

Médico Familiar o Nombre de la Clínica: _____

HISTORIAL MÉDICO

La enfermera de la escuela o el empleado de salud pueden comunicarse con usted para obtener más información. La información de salud será compartida con los miembros del personal escolar sobre una base de "necesita saber" solamente. No dude en comunicarse con la enfermera de la escuela en cualquier momento para actualizar la información.

- | SÍ | NO | Tiene su estudiante algo de lo siguiente: |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alergia a comida o picadura de insecto (tipo y severidad) _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asma u otras condiciones respiratorias (tipo y severidad) _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ADD/ADHD/Autismo (tipo y severidad) _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedades óseas/deformidades _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedades del corazón o soplo (enliste las limitaciones físicas) _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedades del riñón/trastorno _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cáncer/enfermedades de la sangre _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad neuromuscular _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Condiciones de la piel _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Condiciones del estómago/intestinales _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Epilepsia/convulsiones (enliste el tipo y frecuencia) _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Desordenes del sistema inmunológicos _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Desordenes de la salud mental _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tu hijo a tenido varicela? (En caso de haber marcado sí, a que edad? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Accidentes o lesiones serias? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Examen de la vista? En caso de haber marcado sí, Cuando fue el último examen? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Usa lentes? En caso de haber marcado sí, cuál es el diagnóstico?: _____ |

Cualquier otro problema de salud que le gustaría que la enfermera de la escuela conozca? _____

MEDICACIÓN

¿Necesita su estudiante tomar algún medicamento mientras está en la escuela? **SÍ** **NO**
En caso de haber marcado sí, qué tipo y cuál es la razón: _____

Todos los medicamentos (a excepción de los inhaladores para el asma, los epi-pens y los medicamentos para la diabetes) deben mantenerse en la oficina y administrado por el personal. Se requiere un formulario de autorización de medicamentos firmado por su proveedor de atención médica antes de que podamos administrar cualquier medicamentos * Nota: Los estudiantes pueden tener y autoadministrarse inhaladores para el asma, plumas de epinefrina y medicamentos para la diabetes en la escuela, sin embargo, debemos tener un formulario en el archivo firmado por su proveedor de atención médica. Estos formularios están disponibles en la oficina y deben ser actualizado cada año escolar.

Firma del Padre/Tutor

Fecha