

HISTORIA MEDICA DEL ESTUDIANTE

Este formulario es para proveer a la enfermera de la escuela (y al personal de la escuela y del distrito si es necesario) la información con respecto a la salud de su estudiante. La enfermera de la escuela podría contactarse con usted para mas información si es necesario. La información que se requiere es considerada esencial para saber las necesidades de su hijo(a). Esta información será mantenida confidencial. Por favor complete este formulario y devuélvalo a la escuela de su hijo(a) o a la Oficina de las Enfermeras de la Escuela.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____
Escuela: _____ Grado: _____ Teléfono: _____
Doctor/clínica del estudiante: _____ Teléfono del doctor: _____

Por favor marque los cuadritos que se relacionen con los problemas de salud de su hijo(a).

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> DIABETES |
| <input type="checkbox"/> ALERGIAS | <input type="checkbox"/> Insulina |
| <input type="checkbox"/> Picadura de abeja | <input type="checkbox"/> Bombeador de insulina |
| <input type="checkbox"/> Maní/cacahuete | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DEL OIDO |
| <input type="checkbox"/> Nueces de árbol | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DEL CORAZON (explique) _____ |
| <input type="checkbox"/> Otros (especifique): _____ | <input type="checkbox"/> HIDROCEFALIA (acumulación de líquido en el cerebro) |
| <input type="checkbox"/> ALERGIÁ SEVERA (ANAFILAXIA) | <input type="checkbox"/> MIGRAÑAS |
| <input type="checkbox"/> Epinaferina* | <input type="checkbox"/> LESIONES SERIAS |
| <input type="checkbox"/> ANEMIA | <input type="checkbox"/> OTRO (por favor explique) _____ |
| <input type="checkbox"/> ASMA | _____ |
| <input type="checkbox"/> Inhalador* | _____ |
| <input type="checkbox"/> PROBLEMAS INTESTINALES Y DE LA VEJIGA | |
| DEPRESION | |
| <input type="checkbox"/> NO PROBLEMAS MEDICOS ACTUALMENTE | |

Las Enfermeras de la Escuela tienen Planes del Cuidado de la Salud para los problemas de salud mencionados arriba. Los Planes del Cuidado de la Salud deben ser actualizados anualmente (a no ser que ocurran cambios de inmediato). Si a usted le gustaría que las Enfermeras de la Escuela se contacten con usted para crear y/o actualizar un Plan del Cuidado de la Salud para su estudiante, por favor marque el cuadrillo apropiado.

- Por favor contáctese conmigo No deseo ser contactado

Por favor haga una lista de cualquier medicina que su estudiante esté tomando para las condiciones de salud mencionadas arriba: _____

*Un formulario de medicinas tiene que ser completado y devuelto a la escuela antes que se pueda dar cualquier medicina. Esto incluye una medicina que el estudiante se la aplique a sí mismo, como inhaladores y epinaferina. Por favor contáctese con la oficina de la escuela de su hijo(a) o la Oficina de las Enfermeras de la Escuela para obtener los formularios necesarios y/o por una copia de las Reglas del Distrito de las Medicinas

Doy permiso al Distrito Escolar de Box Elder que dé tratamiento médico de emergencia en caso de una necesidad médica, transportar si es necesario y dar esta información a todo el personal apropiado de la escuela y/o al personal de la ambulancia/emergencia (EMS/ER).

Mi firma abajo indica que he leído y comprendido las declaraciones de arriba. Actualizaré ésta información si es que ocurren cambios.

Firma del padre o apoderado: _____ Fecha: _____