

Formulario de información sobre la salud del estudiante

Complete la siguiente información sobre la salud de su hijo:

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado en el que ingresa \_\_\_\_\_

Médico familiar: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dentista familiar: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Seguro médico \_\_\_\_\_

Indique los medicamentos que su hijo está tomando actualmente:

\_\_\_\_\_  
*Todos los medicamentos deben presentarse en la oficina de salud por un adulto en su envase original con la etiqueta de la farmacia. Los estudiantes NO PUEDEN llevar ningún medicamento recetado o de venta libre en el autobús o en las escuelas (a excepción de SpiPens, inhaladores e insulina)*

Marque las opciones que correspondan a su hijo:

- TDA / TDAH     TEA     Ansiedad     Asma     Convulsión cerebral     Depresión
- Diabetes     Afecciones cardíacas     Enfermedad renal     Migrañas     Trastorno convulsivo

Otros problemas de salud física / mental: \_\_\_\_\_

Alergias (especifique cuáles): \_\_\_\_\_

IEP actual / 504 / Otro: \_\_\_\_\_

¿Aparatos auditivos?  Izquierdo  Derecho     Lentes     Lentes de contacto

Discapacidades visuales (especifique cuáles): \_\_\_\_\_

Doy mi permiso para administrar (marque la casilla):

- Benadryl     Gotas para la tos     Ibuprofeno     Tums     Tylenol
- Yoduro de potasio (para usar en caso de una emergencia nuclear)

Firme a continuación para dar permiso al enfermero de la escuela a ejercer esta facultad:

Doy permiso al enfermero de la escuela a compartir información relevante sobre el estado de salud de mi hijo con el personal escolar apropiado cuando sea necesario para satisfacer las necesidades de salud y seguridad de mi hijo, y a intercambiar información con el médico de cabecera de mi hijo con fines de derivación, diagnóstico y tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha