

Actualización del Historial de Salud – 2019/20

Nombre del Estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

Maestro de aula _____ Grado _____

Problemas de salud actuales: Verificar donde sea apropiado				
Asma Inhalador requerido en la escuela? ____si ____no	Trastorno de atención	Diabetes Tipo 1 or 2	Problemas cardiacos	Migraña o dolor de cabeza
Audición	Visión Gafas o contactos	Salud mental	Problemas con el desarrollo general y la madurez	
Desorden de convulsiones	ALERGIAS: ____ Abeja ____ Mani / cacahuets ____ Estacional Otro ____ Los padres /tutores son responsables de proporcionar Epipen para uso escolar.			Otro
Si responde, a cualquiera de los anteriores, explique a continuación:				

Adicional:

¿Está el niño/a debajo el cuidado de un médico/clínica ahora? No____ Si____
 Explique _____

¿Está su hijo/a tomando algún medicamento/tratamientos ahora? No____ Si____
 Si contestaste SÍ, nombre, dosis y frecuencia _____
 ¿Tiene que ser tomado en la escuela? No____ Si____

¿Cualquier inquietud especiales no mencionados anteriormente? _____

Nombre y Número de Medico # _____ Seguro Medical ____ Si ____ No

Nombre y Número de Dentista # _____ Seguro Dental ____ Si ____ No

Doy permiso a la enfermera/el principal para administrar las siguiente medicinas, según sea necesario.

Acetaminophen (Tylenol) Si____ No____ Tabletas para el dolor de garganta Si____ No____
 Ibuprofen (i.e. Motrin ó Advil) Si____ No____ Antiácido de calicó (Tums) Si____ No____

En caso de accidente o enfermedad grave, la escuela puede hacer cualquier arreglo que se consideren necesarias, si la escuela no es capaz de llegar a los contactos de emergencia. Entiendo que la información dada a la enfermera de la escuela es para su uso en la comprensión y la asistencia en la salud y la educación de mi hijo. Entiendo que la información se mantendrá confidencial y será compartida con otros profesionales o empleados de la escuela sólo cuando la enfermera de la escuela/enfermera profesional creen que es en el mejor interés de la salud y la educación de mi estudiante.

Nombre de Padre/Guardia (deletreado)

Firma de Padre/Guardia

Fecha