

OXFORD AREA SCHOOL DISTRICT
Forma de Emergencia y Historia de Salud – Oficina de la Enfermera

Nombre del Estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Grado _____ Salón _____

Persona con quién vive _____

Dirección _____ Ciudad _____

Relación _____ Tel. Casa _____ Numero de trabajo o de día _____

Tel. Celular _____ Correo electrónico _____

Segundo Padre/Guardián: _____

Dirección _____ City _____

Relación _____ Tel. Casa _____ Numero de trabajo _____

Tel. Celular _____ Correo electrónico _____

En caso de emergencia, los padres/guardias serán contactados primero.
Por favor indique tres contactos alternativos en caso que los padres/guardias son inalcanzables.

Nombre _____ Tel _____ Relación _____

Nombre _____ Tel _____ Relación _____

Nombre _____ Tel _____ Relación _____

Nombre y Número de Medico _____ Nombre de Seguro _____

Nombre y Número de Dentista _____ Nombre de Seguro _____

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

Acetaminophen (Tylenol) Sí _____ No _____ Tabletillas para el dolor de garganta Sí _____ No _____

Ibuprophen (i.e. Motrin ó Advil) Sí _____ No _____ Antiácido de calicó (Tums) Sí _____ No _____
(5th grado/arriba)

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 hijo.

Nombre de Padre/Guardia (deletreado)

Firma de Padre/Guardia

Fecha

OVER

Historia de Salud

Tuvo su niño/a alguno de los siguientes en el **PASADO AÑO:**

Enfermedad que a durado más de una semana? No ___ Sí ___ Explique _____

¿Una herida grave, accidente o fractura? No ___ Sí ___ Explique _____

¿Tiempo en hospital o operaciones? No ___ Sí ___ Explique _____

¿Ha tiendo su niño/a alguno de los siguientes?

¿Problema con ojos o la vista? No ___ Sí ___ Explique _____

¿Anteojos o lentes de contacto? No ___ Sí ___ Si es si, fecha de último examen _____
Nombre de especialista _____

¿Problemas con los oídos o la audiciencia? No ___ Sí ___ explique _____
Nombre de especialista _____

¿Problemas Dentales? No ___ Sí ___ explique _____
Nombre de especialista _____

¿Ataques o Convulsiones? No ___ Sí ___ explique _____
Nombre de especialista _____

¿Alergias? No ___ Sí ___ explique _____
Nombre de especialista _____

¿Requiere para las alergias Epi-pen? No ___ Sí ___ explique _____
Si contestaste SÍ, debe proporcionar el Epi-pen para la escuela

¿Asma? No ___ Sí ___ Tratamiento _____
Fecha de ultimo ataque _____

¿Requiere el estudiante uso de inhalador en la escuela? No _____ Sí _____
Si contestaste SÍ, debe proporcionar inhalador para la escuela

¿Problemas de crecimiento y desarrollo? No ___ Sí ___ explique _____

Adicional:

¿Está el niño/a esta debajo el cuidado de un médico/clínica ahora? No Sí ___ explique _____

¿Está su hijo/a tomando algún medicamento/tratamientos ahora? No ___ Sí ___ explique _____
Si contestaste SÍ, nombre, dosis y frecuencia

¿Tiene que ser tomado en la escuela? No _____ Sí _____ explique _____

¿Cualquier inquietud especiales no mencionados anteriormente? No _____ Sí _____ explique _____

Por favor, póngase en contacto con la enfermera de la escuela con cualquier preocupación o preguntas y con cualquier cambio de información.