



HISTORIAL DE SALUD

Nombre del Estudiante _____	Fecha de Nac. _____ / /	Edad _____	Sexo M F	Grado _____
Madre/Tutora _____ Celular: (____)____-_____ Teléfono de la casa: (____)____-_____ Teléfono del trabajo: (____)____-_____	Padre/Tutor _____ Celular: (____)____-_____ Teléfono de la casa: (____)____-_____ Teléfono del trabajo: (____)____-_____			

Nombre del médico _____ Teléfono (____)____-_____
 Nombre de la última escuela que asistió: _____ Ciudad/Estado _____

PLANIFICACION PARA UN CUIDADO ESPECIAL/CONDICIONES GRAVES DE SALUD: Antes de comenzar las clases la escuela debe estar informada acerca de cualquier situación de salud grave o de riesgo la cual podría requerir un plan de salud individualizado.

Alergias/Anafilaxis: Mi hijo padece de alergia/anafilaxis y necesita una receta de Epi Pen/Auvi-Q.

Describe la alergia (comida, insectos) _____

- Asma:** Sí No Mi hijo necesita inhalador regularmente para sus síntomas de asma.
 Sí No Mi hijo fue hospitalizado el año pasado debido a un ataque de asma.
 Sí No Mi hijo/a ha necesitado esteroides (prednisone) debido a los síntomas de asma el año pasado.
 Diabetes: Fecha del diagnóstico: _____ El estudiante tiene: " Bomba de insulina " Lapicero de insulina " Inyección de insulina
 Ataques: El estudiante necesita medicación de emergencia para los ataques. Nombre del medicamento _____
 Otros: El estudiante tiene necesidades especiales de cuidado: silla de ruedas, alimentación por tubo, tubo de respiración, catéter, tubos intravenosos, otros. Por favor explique la condición de su hijo y sus necesidades: _____

Otras condiciones de salud: Marque cualquier condición que su hijo padece o padeció en el pasado.

<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Depresión/Ansiedad(circule lo que aplica)	<input type="checkbox"/> Ortopedia/huesos
<input type="checkbox"/> Alergias " De temporada	<input type="checkbox"/> Dental " Ortodoncia (frenos)	<input type="checkbox"/> Lesiones graves
<input type="checkbox"/> Restricciones alimenticias	<input type="checkbox"/> Infecciones de Oídos " Tubos de oídos	<input type="checkbox"/> Cirugía(s)
<input type="checkbox"/> Orinar/Defecar	<input type="checkbox"/> Impedimento auditivo " Audífonos	<input type="checkbox"/> Social/Emocional/Comportamiento
<input type="checkbox"/> Enfermedades en la sangre	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/migrañas	<input type="checkbox"/> Dolores estomacales
<input type="checkbox"/> Conmoción cerebral	<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Infecciones de garganta
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Enfermedad en los riñones	<input type="checkbox"/> Visión: "Anteojos " Lente de Contacto

Explique cualquier condición que haya marcado _____
 ¿Su hijo requiere alguna una restricción para cualquier actividad física de la escuela? " No " Sí, especifique la condición y duración de la restricción: _____

Contacto de emergencia (en caso de que escuela no pueda comunicarse con los padres)

- Nombre _____ Relación _____ Teléfono(____)____-_____
- Nombre _____ Relación _____ Teléfono (____)____-_____

Hospital de preferencia _____ Ciudad /Estado _____

Declaración de consentimiento *En caso de una emergencia, doy mi permiso para transferir información de salud a una escuela apropiada o profesionales de la salud, incluso con el personal de emergencia. Esto incluye compartir los archivos de inmunización de la escuela con KS Immunization Program, y el registro de inmunización con el propósito de evaluar, informar y prevenir enfermedades. Esto no incluye datos sobre estudiantes individuales. Autorizo al personal de la escuela a obtener atención médica de emergencia para mi estudiante en caso de que no puedan comunicarse conmigo.*

Nombre del Padre/Tutor en imprenta	Firma del Padre/Tutor	Fecha
------------------------------------	-----------------------	-------