

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE SALUD DE LA ESCUELA**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: Mes \_\_\_\_ Día \_\_\_\_ Año \_\_\_\_  
                     Apellido      Primer nombre      Segundo nombre

Sexo:      Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

Padre/madre/tutor \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: \_\_\_\_\_  
   Apellido    Nombre    Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_

Domicilio de residencia: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Persona a quien llamar en caso de una emergencia si padre/madre/tutor no están disponibles:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Proporcione información relacionada con las siguientes cuestiones de salud de su hijo y devuelva a la oficina.

____ sí ____ no	Alergias: tipo _____	____ sí ____ no	Cardiopatía
____ sí ____ no	Asma	____ sí ____ no	Enfermedad tiroidea
____ sí ____ no	Cáncer: tipo _____	____ sí ____ no	Salud mental
____ sí ____ no	Parálisis cerebral infantil	____ sí ____ no	Estómago/intestino
____ sí ____ no	Oído/nariz/garganta	____ sí ____ no	Eliminación (intestinos u orina)
____ sí ____ no	Diabetes: tipo _____	____ sí ____ no	Trastorno convulsivo
____ sí ____ no	Ojos/Visión	____ sí ____ no	Trastorno en la columna/lesiones
____ sí ____ no	TDAH	____ sí ____ no	Otras
____ sí ____ no	Audición	____ sí ____ no	

En caso afirmativo en cualquiera de los puntos anteriores, describa la condición y el equipo necesario, y también enumere y describa las condiciones no indicadas antes.

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Antecedentes quirúrgicos**

Describa las hospitalizaciones/cirugías/fracturas:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Medicación**

**ENUMERE TODOS LOS MEDICAMENTOS CON RECETA Y DE VENTA LIBRE QUE TOMA EN EL HOGAR Y EN LA ESCUELA.** Se requiere un formulario de permiso aparte para que se den los medicamentos en la escuela.

---

---

---

---

**Expreso mi consentimiento para la divulgación de esta información de salud relacionada con mi hijo/a,**

**a todo el personal de Richmond Public Schools que necesite conocer esta información con motivos de salud y seguridad cuando estén trabajando con mi hijo en la escuela.**

**Firma de padre/madre/tutor** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_