



NOMBRE DE LA ESCUELA

DIRECCION DE LA ESCUELA

CIUDAD, E STADO & CODIGO POSTAL

TELFONO #

IFORMACION MEDICA DEL ESTUDIANTE

PARA: Padres/Guardianes: Si esto aplica a su hijo, por favor complete y devuelva este formulario inmediatamente.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____
PRIMER SEGUNDO APELLIDO

Fecha de Nacimiento: _____

GRADO: _____ Aula principal: _____
Si es aplicable

Si usted anota alguna condición medica importante y/o lista de medicamentos, por favor incluya el proceso medico, si es el caso.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|-------------|--|--|----|----|-------|--------------------------|--------------------------|-------|--------------------------|--------------------------|-------|--------------------------|--------------------------|-------|--------------------------|--------------------------|-------|--------------------------|--------------------------|-------|--------------------------|--------------------------|
| <p>Condiciones Medicas</p> <p>Escoja todas las que sean aplicables:</p> <p><input type="checkbox"/> Asma</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas del Corazón</p> <p><input type="checkbox"/> Trastornos convulsivos</p> <p><input type="checkbox"/> Especifique otras:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>Mi hijo/a ahora esta tomando medicamento/s en la escuela regularmente</p> <p><input type="checkbox"/> Si. Por favor complete la "Solicitud del Padre para Administrar Medicamento en la Escuela."</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> | <p>Alergias que no sean de Alimentos:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>Dieta Especial:</p> <p>Necesidades /o Alergias:</p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">Anafilaxia*</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Si</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>* Alergias Extremas</p> | | Anafilaxia* | | | Si | No | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Anafilaxia* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Si | No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Procedimientos Médicos: _____

