

## La Historia De Salud Del Estudiante 2020-2021

Debe ser completado por el Padre o Guardia cuando el estudiante se inscribe

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Masculino o Femenino (círculo uno) Escuela \_\_\_\_\_

| Problema de salud             | Sí | No | Explica                                 |
|-------------------------------|----|----|---|
| Alergias a alimentos/insectos |    |    |   |
| Asma(utiliza un inhalador)    |    |    | ¿Tiene inhalador en la escuela? Sí o No |
| Desorden de la Sangre         |    |    |   |
| Cáncer                        |    |    |   |
| Diabetes Tipo I o II          |    |    |   |
| Convulsiones                  |    |    |   |
| Otros problemas               |    |    |   |

Si tiene alergia a alimentos o insectos, ¿cuál es la reacción? \_\_\_\_\_

**\* La alergia alimentaria requiere una declaración del médico para que la cafetería la reconozca.**

¿Tiene su hijo/a una epinefrina para contrarrestar cualquier reacción alérgica? **Sí No**

¿Tiene su hijo/a necesidades especiales para mantener su salud? **Sí No**

Si la respuesta es «sí», favor de explicar: \_\_\_\_\_

¿Hay cualquier otro problema médico que le gustaría compartir con servicios humanos?  
\_\_\_\_\_

### Los Medicamentos

¿Qué medicamentos su hijo/a toma regularmente? \_\_\_\_\_

¿Qué medicamentos se va tomar su hijo/a en la escuela? \_\_\_\_\_

Un estudiante que requiere cualquiera sobre el contador (OTC) o prescripción de medicamentos en la escuela debe tener un **Formulario de Consentimiento de la Medicación** actual en archivo cada año. Se requiere autorización escrita del médico para un medicamento de venta libre que se administra en la escuela (incluidas las pastillas para la tos y el filtro solar).

### Chequeos

Las enfermeras de las escuelas u otro personal designadas podrán hacer chequeos de audición, visión, altura, peso, presión arterial o pulso y dental durante todo el año. Usted puede optar fuera de los exámenes por escrito «opt out» en este formulario.

### Contactos

Firma de padre/madre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Números telefónicos de emergencia 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_

Contactos adicionales: Nombre \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante (apellido) \_\_\_\_\_

(primer) \_\_\_\_\_