

# HISTORIAL DE SALUD DEL DISTRITO ESCOLAR DEL ÁREA DE SOUDERTON

El nombre del estudiante \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_

| Padre / Tutor                           | Padre / Tutor                           |
|---|---|
| <b>Nombre:</b>                          | <b>Nombre:</b>                          |
| <b>Teléfono móvil:</b>                  | <b>Teléfono móvil:</b>                  |
| <b>Teléfono del trabajo:</b>            | <b>Teléfono del trabajo:</b>            |
| <b>Teléfono de casa:</b>                | <b>Teléfono de casa:</b>                |
| <b>Dirección de correo electrónico:</b> | <b>Dirección de correo electrónico:</b> |

Si su hijo ha tenido alguno de los siguientes, proporcione las fechas y la explicación en la sección "más información" a continuación:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes                 | <input type="checkbox"/> Hepatitis                              | <input type="checkbox"/> Corrección de la visión             |
| <input type="checkbox"/> Hipoglucemia             | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón                  | <input type="checkbox"/> Convulsiones / Desmayos             |
| <input type="checkbox"/> Asma / Sibilancias       | <input type="checkbox"/> Huesos rotos                           | <input type="checkbox"/> Infecciones del oído                |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis / Neumonía    | <input type="checkbox"/> Heridas en la cabeza                   | <input type="checkbox"/> Escarlatina                         |
| <input type="checkbox"/> TDAH                     | <input type="checkbox"/> Eliminación de Adenoides/Amígdalas     | <input type="checkbox"/> Problemas de Salud Emocional/Mental |
| <input type="checkbox"/> Infección estreptocócica | <input type="checkbox"/> Problemas de alimentación/alimentación | <input type="checkbox"/> Tos ferina                          |
| <input type="checkbox"/> Varicela                 | <input type="checkbox"/> Hospitalizaciones / Cirugías           | <input type="checkbox"/> Otras condiciones de salud          |

**MÁS INFORMACIÓN:** Si marcó alguno de los anteriores, proporcione información adicional.

**ANOTE CUALQUIER ANTECEDENTE DE SALUD FAMILIAR GRAVE:**

¿Tu hijo tiene alguna alergia?

No  Sí  En caso afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_

¿Toma su hijo algún medicamento o recibe tratamiento médico continuo? No  Sí

En caso afirmativo, por favor especifique: \_\_\_\_\_

Mi hijo puede recibir lo siguiente durante el horario escolar de una enfermera del distrito:

Tylenol (Genérico - Sin marca) No  Sí  Ibuprofen (Genérico - Sin marca) No  Sí

Médico de familia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha de la última visita al médico del niño: \_\_\_\_\_

Dentista familiar \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha de la última visita al dentista del niño: \_\_\_\_\_

**A continuación se enumeran los adultos a quienes autorizo al Distrito Escolar del Área de Souderton a comunicarse en caso de un problema médico:**

| Nombre | Relación | Números de teléfono        |
|--------|----------|----------------------------|
| _____  | _____    | Casa: _____ Celular: _____ |
| _____  | _____    | Casa: _____ Celular: _____ |

**Al firmar este formulario, autorizo el tratamiento de mi hijo/hija para cualquier tratamiento de emergencia médica que pueda surgir en un momento en que no pueda ser contactado.**

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha