



# FORMULARIO DE IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES DE SALUD DEL ESTUDIANTE

ESTE FORMULARIO DEBE SER DILIGENCIADO POR EL PADRE/GUARDIÁN Y DEVUELTO A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

ESCUELA \_\_\_\_\_ GRADO \_\_\_\_\_

1. MI HIJO/A NO TIENE NINGUNA CONDICIÓN MÉDICA.

FIRMA PADRE/GUARDIÁN \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

SI NO SE INDICÓ NINGUNA CONDICIÓN MÉDICA PUEDE PARAR AQUÍ. **SI SU HIJO/A TIENE CONDICIONES MÉDICAS, LA ENFERMERA DE LA ESCUELA NECESITA SER INFORMADA. COMPLETE LA SECTION #2 ABAJO.**

2. LA ESCUELA DEBE SER NOTIFICADA DE LAS CONDICIONES MÉDICAS INDICADAS ABAJO.

Asma tratada a diario con medicamentos		Sangrado Nasal	
Diabetes		Problemas Respiratorios	
Convulsiones/Epilepsia		Cáncer	
Problemas Cardíacos		Problemas de riñones	
Dolores de cabeza		Trastornos de la sangre	
Enfermedades de la piel		Otro:	
*Alergias (Ver abajo)		Otro:	

\*Si marcó si en alergias, por favor menciónelas: \_\_\_\_\_

¿Ha experimentado su hijo/a alguna reacción anafiláctica en el pasado (incluyendo, pero sin limitarse a, dificultad para respirar o disnea?) Sí No

¿Se ha usado un inyector de epinefrina (adrenalina) de emergencia en su hijo/a debido a una reacción anafiláctica? Yes No

FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_