

**DISTRITO ESCOLAR DEL CONDADO DE CHEROKEE  
IDENTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES MÉDICAS DEL ALUMNO**

**LOS PADRES/TUTORES LEGALES DEBERÁN COMPLETAR ESTE FORMULARIO Y  
REGRESO A LA ENFERMA DE LA ESCUELA.**

Nombre del alumno \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
 Maestro/Profesor \_\_\_\_\_ Equipo \_\_\_\_\_  
 Hermanos matriculados en CCSD:  
 Nombre \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_  
 Nombre del padre/madre/tutor legal \_\_\_\_\_  
 Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_  
 Teléfono celular \_\_\_\_\_  
 Médico \_\_\_\_\_ Médico Teléfono \_\_\_\_\_  
 ¿Su hijo es alérgico a alguna medicina?  Sí  No Si la respuesta es sí, por favor lista. \_\_\_\_\_

**Historia médica:** Por favor marque si su hijo ha tenido o tiene ahora:

	AHORA	PASADO		AHORA	PASADO
ASMA TRATADO CON MEDICINA DIARIAMENTE			SANGRA LA NARIZ		
DIABETES			PROBLEMAS RESPIRATORIOS		
CONVULSIONES/EPILEPSIA			CÁNCER		
PROBLEMAS CARDÍACOS			PROBLEMAS EN LOS RIÑONES		
DOLORES DE CABEZA			PROBLEMAS EN LA SANGRE		
ENFERMEDADES DE LA PIEL			OTRO:		
*ALERGIAS (VER ABAJO)			OTRO:		

Por favor describa a continuación cualquier otro problema médico: \_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene alguna discapacidad física, auditiva o visual?  Sí  No En el caso de responder sí, explique: \_\_\_\_\_

¿Su hijo necesita que se le realice un procedimiento médico durante el horario escolar?  Sí  No

Por favor anote el procedimiento: \_\_\_\_\_

\*¿Su hijo es alérgico a algún alimento o insecto?  Sí  No

Por favor anote cuál o cuáles \_\_\_\_\_

\*¿Su hijo ha experimentado una reacción alérgica grave (anafilaxis) en el pasado (que haya incluido entre otras cosas, dificultad para respirar o conmoción)?  Sí  No

\*¿Le tuvieron que aplicar un inyector de epinefrina de emergencia debido a una reacción alérgica grave (anafilaxis)?  Sí  No

Por favor describa a continuación cuáles fueron las circunstancias: \_\_\_\_\_

Anote todas las medicinas que su hijo esté tomando, sobre las cuales deba estar informado el personal escolar o la enfermera de la escuela: \_\_\_\_\_

**La escuela sólo podrá administrar medicina después de que se haya completado un formulario de autorización por cada medicina. La medicina deberá ser provista por los padres.**

\_\_\_\_\_  
Firma Del Padre/Madre/Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha