



Distrito Escolar del Condado de Douglas

Servicios de Salud para Estudiantes

ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LA SALUD

Fecha: _____, 20__

_____ / _____ / _____
 Apellido Nombre Inicial Fecha de Nacimiento Maestra/o

(____) _____ (____) _____ (____) _____ M F
 Numero de Telefono Numero de Telefono Numero de Celular Genero Grado

 Nombre de Padre

 Nombre de Madre

 Contacto de Emergencia

 Numero de telefono del contacto de emergencia

 Nombre de Medico

 Numero de telefono del medico

PROBLEMAS DE SALUD ACTUALES

(por favor marque los que se apliquen)

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> NO HAY DISABILIDADES <input type="checkbox"/> SU Niño ha tenido la enfermedad de la varicela? YES NO <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DE ASTHMA <input type="checkbox"/> ALERGIAS: (COMIDA, INSECTOS, MEDICAMENTOS, OTRO)
_____ <input type="checkbox"/> REACCIÓN SEVERA
A: _____ <input type="checkbox"/> OPERACIONES EN EL PASADO: _____ <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> DESORDEN DE ASIMIENTO <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ESTUDIANTE USA:
<input type="checkbox"/> LENTES
<input type="checkbox"/> CONTACTOS <input type="checkbox"/> DETERIORO DE OÍDO / PRÓTESIS DE OÍDO <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD NEUROLÓGICA
DIAGNOSTICO ESPECIFICO:
_____ <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD MUSCULAR <input type="checkbox"/> PROBLEMA ORTOPÉDICO
DIAGNOSTICO ESPECIFICO:
_____ <input type="checkbox"/> PROBLEMA DEL CORAZON
DIAGNOSTICO ESPECIFICO:
_____ <input type="checkbox"/> OTRO:
_____ |
|---|--|

***PORFAVOR EXPLIQUE COMO ESTAS CONDICIONES EN LA PAGINA DE ATRAS DE ESTA FORMA.**

Su hijo/a es capas de tomar educacion de fisica? Yes No

Su hijo/a necesita medicamentos? Yes No

Si es así, usted debe llenar el Formulario de Solicitud de Asistencia de Medicamentos (en el otro lado) para todos los medicamentos tomados en la escuela y esto incluye los medicamentos recetados y medicamentos de venta libre

Esta recibiendo medecina? Yes No

(Si, cual es el nombre de la medecina) _____

En caso que mi hijo se encuentre seriamente enfermo o se daña en la escuela, les doy mi consentimiento de transportar y tratar a mi hijo/a por este medio según lo necesario por los personales de la escuela y la institución médica de recepción. Entiendo que yo como padre soy responsable de todos los costos

 FIRMA DE PADRES

 FECHA