

INFORMACIÓN MÉDICA DEL ESTUDIANTE

En caso de enfermedad o lesión, Yo/nosotros autorizo a mi hijo a tener una atención médica y dental que se considere necesaria. Me/nos autoriza a que mi hijo se liberará a las personas que figuran en el estudiante actualización demográfica información/tarjeta de emergencia cuando yo/nosotros no se puede llegar por teléfono.

Firma del Padre/Apoderado _____ Fecha _____

Seguro Médico _____

Nombre de Médico _____ Teléfono: _____

Medicamentos

¿El estudiante actualmente toma el medicamento para una condición médica crónica/permanente? Sí _____ No _____

Anote cualquier medicamento: _____

¿Este estudiante necesita tomar medicamentos, prescritos por un médico, durante el día escolar? Sí _____ No _____

Si usted contestó sí a la pregunta anterior, tenga su médico llene y firme la autorización para administrar medicamentos forma de la escuela disponible en la oficina de la escuela.

Alergias

¿Tiene el estudiante alguna alergia de la comida? Sí _____ No _____

Si sí, note todos los alimentos: _____

¿Se prescribe un autoinyector epinephrine? (EpiPen, Twinject, Auvi-Q, Kaiser genérico) Sí _____ No _____

¿El estudiante es alérgico a las picaduras de abeja? Sí _____ No _____ Desconocido _____

Se es así, una lista de los insectos, la reacción, qué medicamentos se utilizan: _____

¿Se prescribe un autoinyector epinephrine? (EpiPen, Twinject, Auvi-Q, Kaiser genérico) Sí _____ No _____

¿Su hijo es alérgico a algún medicamento? Sí _____ No _____

Si sí, haga una lista de los medicamentos: _____

Lista otro tipo de alergias el estudiante tiene: _____

Asma

¿El estudiante tiene asma diagnosticado por un médico? Sí _____ No _____

¿Tendrá el estudiante un inhalador para el asma en la escuela? Sí _____ No _____

Seizures

¿El estudiante tiene un trastorno convulsivo? Sí _____ No _____

Si sí, anote el tipo de convulsiones aquí y frecuencia: _____

¿Ha completado un plan de acción de ataque? Sí _____ No _____

Diabetes

¿El estudiante tiene diabetes? Sí _____ No _____

Si sí, anote el tratamiento: _____

Problemas de Visión / Oídos / Movilidad

¿El estudiante usa: Anteosjos/Contactos? Sí _____ No _____

Audífono(s)? Sí _____ No _____

¿El estudiante usa: Silla de ruedas? Sí _____ No _____

Otro asunto de movilidad? Sí _____ No _____

Si sí, anote otro asunto de movilidad: _____

Other

Anote cualquier otra condición médica/cirugías: _____

Firma del Padre/Apoderado _____