

Escuelas del Condado de Bulloch
Formulario de Información Médica anual

Nombre del estudiante: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____ Fecha: _____
Apellido Primer nombre Segundo nombre
mes - día - año mes - día - año

No Tiene Problemas de Salud **No Tiene Alergias** **No Toma Medicinas**

¿Tiene su hijo(a) alguna de las siguientes enfermedades? *marque las casillas que apliquen y de información en la sección Detalles.*

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asma (Usa Inhalador) | <input type="checkbox"/> Asma (No usa Inhalador) | <input type="checkbox"/> Fibrosis Quística | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Migrañas/Dolor de cabeza |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Riñón | <input type="checkbox"/> Hemorragia | <input type="checkbox"/> Discapacidad Física | <input type="checkbox"/> Problemas auditivos |
| <input type="checkbox"/> Desorden Bipolar | <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Ataques de Pánico |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (Insulina) | <input type="checkbox"/> Diabetes (Control con Dieta) | <input type="checkbox"/> Diabetes (Medicación oral) | |
| <input type="checkbox"/> Hipoglicemia | <input type="checkbox"/> Problemas Menstruales | <input type="checkbox"/> Problemas de Visión | <input type="checkbox"/> Otros problemas de Salud |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de Falta de Atención ADD | <input type="checkbox"/> Síndrome de Falta de Atención e Hiperactividad ADHD | | |

Detalles: _____

Todas las Alergias* *Especifique y describa la alergia y tipo de reacción.* EpiPen (Medicina inyectable): Sí No

Alergia a medicina(s): _____

Animales: _____ Mordeduras/Picaduras de Insectos: _____

Plantas: _____ Comida: _____

Medicina(s) Que Toma Actualmente:**

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 2. _____ |
| 3. _____ | 4. _____ |

_____ Nombre del Médico	_____ Número de Teléfono	
_____ Nombre del Dentista	_____ Número de Teléfono	
_____ Nombre del Seguro Médico	_____ Número Póliza del Seguro	_____ Número del grupo
_____ Nombre del Titular del Seguro	_____ Relación con el Estudiante	

En caso de accidente o emergencia, la escuela dará los primeros auxilios según las reglas de la escuela mientras contacta a los padres. Si los padres o tutores no pueden ser contactados y la situación es de emergencia, la escuela llamará por teléfono al Servicio de Emergencias Médicas (911) para transportar al estudiante inmediatamente al East Georgia Medical Center. Todos los gastos de transporte y de servicios médicos proporcionados al estudiante serán responsabilidad de los padres o tutores.

_____ Nombre del Padre o Tutor (Letra despegada)	_____ Firma del Padre o Tutor	_____ Número de teléfono del Padre o Tutor
--	---	--

**Todas las alergias a las comidas deben tener el "Formulario de Cambio de Comidas" en el archivo. El formulario está disponible en la cafetería, la oficina de Nutrición de la escuela o en el sitio de internet de la escuela.*
*** Si un estudiante necesita recibir medicinas prescritas o sin receta médica en la escuela, la medicina DEBE ser enviada a la escuela en su botella original y con etiqueta. Nosotros NO DAMOS medicina en la escuela a menos que usted la envíe. Si el estudiante necesita tomar medicinas, por favor complete el formulario de permiso adecuado.*