

# Colorado Springs School District 11

## Forma de Inscripción para Estudiantes Nuevos

Información de Salud

Nombre del Estudiante : _____
Año Escolar : _____
Escuela: _____
Grado: _____ Student ID: _____

AVISO: La siguiente información es confidencial y será compartida con el personal de la escuela sólo si es necesario.

¿Tiene su hijo(a) algunos de los siguientes problemas de salud? (marque las frases verdaderas) Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
mmddyyyy

<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Hueso/Ligamento	<input type="checkbox"/> Trastorno Emocional	<input type="checkbox"/> Problemas Corazón	<input type="checkbox"/> Prob. Visión
<input type="checkbox"/> Problemas Inmunológicos	<input type="checkbox"/> Intestino/Vejiga	<input type="checkbox"/> Genética/Anomalía Genética	<input type="checkbox"/> Migrañas	<input type="checkbox"/> Estómago
<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Lentes/ lentes contacto	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Prob Auditivos
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Fiebre del Heno	<input type="checkbox"/> Trastornos Sueño	<input type="checkbox"/> Ninguno
<input type="checkbox"/> Desórdenes de Sangre	<input type="checkbox"/> Prob. Alimenticio	<input type="checkbox"/> Lesión cabeza/Concusión		

Comentarios/  
Preocupaciones

**Alergias:** ¿Tiene su hijo(a) alergias profundas de las cuales el personal escolar deba saber?  Sí  No

En caso afirmativo, anote la alergia y la reacción alérgica \_\_\_\_\_

¿Cuál es el remedio? \_\_\_\_\_

AVISO: Si su hijo (a) tiene una alergia a los alimentos, póngase en contacto con el encargado de la cocina en la escuela.

**Medicamentos:** ¿Toma medicamentos su hijo?  Sí  No ¿Para qué? \_\_\_\_\_

Por favor anote el nombre de los medicamentos y la dosis \_\_\_\_\_

¿Toma el estudiante este medicamento en la escuela?  Sí  No

( AVISO: EL D-11 requiere que los padres y el médico llenen un formulario azul "Medication Form" para cada medicamento que debe tomar en la escuela )

**Restricciones de Actividad:** ¿Han sido limitadas las actividades físicas de su estudiante por el médico?  Sí  No

Si es así, por favor explique y entregue un documento escrito por el médico \_\_\_\_\_

<b>Nombre del Doctor:</b> _____	Teléfono: _____
<b>Nombre del Dentista:</b> _____	Teléfono: _____
<b>Seguro de Salud:</b> Compañía de Seguro _____	Medicaid #: _____ CHP+ _____

Si no tiene seguro en este momento, ¿ desea que se le contacte al respecto?  Sí  No

**Consentimiento para la Facturación de Medicaid:** Doy mi consentimiento y autorizo al Distrito Escolar 11 de Colorado Springs para dar a Colorado Health Policy and Financing (HCPF) información pertinente a los servicios pagables por Medicare que son provistos por el Distrito al estudiante identificado arriba, según sea necesario, para solicitar y recuperar reembolsos de Medicaid. Si en algún momento desea usted cancelar este permiso, por favor póngase en contacto con la Oficina de Medicaid del Distrito al teléfono 719 520-2251.

**Permiso para Cuidado De Emergencia:** Si el estudiante sufre alguna lesión o enfermedad al estar en la escuela, haremos un esfuerzo inmediato y continuo para contactar a los padres. En caso de una lesión o enfermedad grave, los primeros auxilios serán administrados conforme a las políticas de la escuela. Si se necesita servicio de ambulancia, los padres deberán de cubrir los gastos.

Si no es posible contactarme en caso de emergencia relacionada con mi hijo (a) \_\_\_\_\_

favor de enviar a mi hijo (a) a \_\_\_\_\_ o a cualquier clínica disponible (Nombre del Niño)

(Hospital de preferencia)

¿Cuál es su teléfono durante el día? \_\_\_\_\_

**Firma del Padre/Tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_