



### Registro de Salud del Estudiante (Confidencial)

Por favor complete la siguiente información y devuélvala a la escuela con registro

Estudiante: \_\_\_\_\_ Nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Médico del Niño: \_\_\_\_\_ Teléfono#: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN MEDICA:** *marque todo lo aplicable --- \* explique lo marcado*

|                      |                        |                                  |
|----------------------|------------------------|----------------------------------|
| Reflujo ácido / ERGE | Crohn's / IBS          | <b>Historial de:</b>             |
| ADD                  | Depresión              | Sangre de nariz frecuente        |
| ADHD                 | Diabetes               | Desmayos                         |
| Ansiedad             | Discapacidad auditiva  | Infección de oído seguido        |
| Asperger             | Problemas cardíacos    | Meningitis                       |
| Asma                 | Supresión Inmune       | Amigdalitis estreptocócica       |
| Autismo              | Migrañas               | <b>Otros problemas de salud:</b> |
| Desorden bipolar     | Escoliosis             | Alimentación por sonda           |
| Desorden sangrado    | Convulsiones           | J-Tube                           |
| Cáncer               | Discapacidad visual    | Traqueotomía                     |
| Paralisis Cerebral   | Usa lentes / contactos | Transfusiones de sangre          |

**Alergias:** Mani Comida \_\_\_\_\_ Picada abeja/abispa Otro \_\_\_\_\_  
*Alergia require los siguientes medicamentos:* Benadryl Epipen (Epinephrine)

**Trastorno Neurológico o Psicológico** (i.e., convulsiones, Tourette ansiedad): \_\_\_\_\_

**Impedimento Ortopédico** (i.e., Silla de ruedas, muletas, andador): \_\_\_\_\_

**Problemas con el uso del inodoro:** *explique:* \_\_\_\_\_

**Otro problema de salud:** *explique* \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS:** *Indique a continuación el medicamento que su hijo toma de rutina en el hogar y/o la escuela.*

Medicina Condición

Casa: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

**Cirugias y Hospitalizacion (pasado o presente):** *Liste con detalles*

**Liste alguna condición médica que restrinja actividades físicas** (Se requiere una nota del medico por limitación física):

\*Explique alguna condición física o algo mas que le gustaría que la escuela sepa de su niño:

*Notificaré de inmediato a la escuela el cambio la información en este formulario, incluso medicinas. Los medicamentos tomados en la escuela deben seguir reglas y procedimientos del distrito escolar. Llamaré a la enfermera del distrito si tengo alguna duda o pregunta acerca de la condición de salud de mi hijo. Doy mi consentimiento para compartir información de salud de mi hijo con el personal escolar, cuando sea apropiado.*

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