



**RICHLAND SCHOOL DISTRICT TWO  
FORMA PARA ACTUALIZACION DE SALUD  
2023-2024**

<b>Nombre del Niño</b> _____			<b>Fecha de Nacimiento</b> _____
<i>Nombre</i>	<i>Segundo Nombre</i>	<i>Apellido</i>	
<b>Escuela</b>	<b>Grado</b>	<b>Homeroom teacher</b>	<b>Dirección de Emails</b>
<b>Nombre de la Madre</b>	<b>Teléfono de la Casa</b>	<b>Teléfono Celular</b>	<b>Teléfono del Trabajo</b>
<b>Nombre del Padre</b>	<b>Teléfono de la Casa</b>	<b>Teléfono Celular</b>	<b>Teléfono del Trabajo</b>
<b>Nombre-Contacto Emergencia</b>	<b>Teléfono de la Casa</b>	<b>Teléfono Celular</b>	<b>Teléfono del Trabajo</b>
<b>Nombre-Contacto Emergencia</b>	<b>Teléfono de la Casa</b>	<b>Teléfono Celular</b>	<b>Teléfono del Trabajo</b>
<b>¿Qué tipo de seguro de salud tiene su niño?</b> <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otro Seguro Privado <input type="checkbox"/> Tricare <input type="checkbox"/> Ninguno Por favor escriba # ID: _____ Por favor escriba nombre del seguro: _____ ¿El seguro de su niño paga por: Examen de la Visión <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No    Lentes? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No    Medicina? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
<b>¿Su niño tiene un doctor regular?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si lo tiene, nombre del doctor _____ Nombre de la Clinica _____ Telephono: _____			<b>Hospital preferido:</b> _____
¿Su niño tiene alergias severas a comidas, medicinas, insectos, etc.? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Por favor nombre las alergias severas _____	<b>¿Qué medicina toma su niño para la reacción alérgica?</b> _____ ¿Usted va a proveer un EpiPen para la escuela? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Su niño tiene asma? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuándo fue su último ataque? _____ ¿Usted va a proveer un inhalador para la escuela? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
<b>¿Su niño ha tenido cirugías?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, por favor nómbrelas: _____ <b>Doy permiso para que las aplicaciones siguientes tópicos:</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Anti-itch gel,	<b>¿Su niño está tomando medicinas?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿qué toma? _____ <b>¿Tiene que tomarlas en la escuela?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<b>¿Su niño tiene marcas de identificación?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, por favor nómbrelas: _____ _____	
<b>¿Su hijo tiene alguna de las siguientes condiciones diagnosticado por un medico?</b>			
<i>Condición</i>	<i>Marque si es "Sí"</i>	<i>Condición</i>	<i>Marque si es "Sí"</i>
<b>Diabetes</b>		<b>Convulsiones</b>	
<b>Dolores de cabeza</b>		<b>Anemia de células falciformes</b>	
<b>Problemas del corazón</b>		<b>Estomacales/Digestivo</b>	
<b>Alta presión sanguínea</b>		<b>Otro</b>	
<b>Reglas del Distrito para Medicinas:</b> Si un niño debe tomar medicina durante las horas de escuela, la medicina debe estar en el envase <b>original</b> , con la información del médico y del paciente, incluídas medicinas prescritas o sin prescripción. Se requiere una Forma de Permiso para Medicinas de la escuela para <b>TODAS</b> las medicinas, y <b>DEBEN</b> ser firmadas por un médico y uno de los padres.  No se le dará medicina si no se llenan los requisitos arriba mencionados. El distrito reserva el derecho a rehusar administrar medicinas en la escuela hasta que el médico ha firmado las formas.			

ESTA INFORMACION SERA SOLO PARA CONOCIMIENTO DE LA ENFERMERA DE LA ESCUELA Y EL PERSONAL DE LA ENFERMERIA. PARA LA SEGURIDAD DE SU NIÑO, SUS MAESTROS Y OTRO PERSONAL PERTINENTE DE LA ESCUELA PUEDE SER NOTIFICADO. SI USTED NO ESTA DE ACUERDO CON ESTO O TIENE PREGUNTAS, POR FAVOR CONTACTE A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA.

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Nombre Impreso: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_