

Distrito Escolar Área de Fleetwood
801 North Richmond Street
Fleetwood, PA 19522

Nombre del Estudiante _____ Grado _____
Padre/Tutor _____ Teléfono _____
2do Contacto de Emergencia _____ Teléfono _____
3er Contacto de Emergencia _____ Teléfono _____

1. ACTUALIZACION DE INFORMACION MEDICA Y DE SALUD

Por favor marque cualquier condición médica en lista que pueda aplicar a su hijo y explique brevemente.

_____ Mi hijo **No** tiene ninguna condición médica/condición de salud.
_____ Mi hijo **tiene** una condición de salud. Si su hijo ha sufrido en el pasado algún problema de salud de los que se menciona a continuación, pero ya no ha vuelto a tener el problema, por favor escriba las siglas NLA en el espacio provisto. Gracias.

- _____ ADHD _____
- _____ Asma _____
- _____ Alergia a picadas de abejas o avispas _____
- _____ Condición Cardíaca _____
- _____ Diabetes _____
- _____ Alergia a algún medicamento _____
- _____ Alergia a alguna comida _____
- _____ Fracturas en los pasados años _____
- _____ Dolores de Cabeza/Migraña _____
- _____ Pérdida o deficiencia de audición o visual _____
- _____ Hipertensión/ alta presión _____
- _____ Enfermedades o cirugías en los pasados años _____
- _____ Actividad física limitada debido a _____
- _____ Alergias estacionales/ambientales _____
- _____ Convulsiones _____
- _____ Alguna otra condición crónica o frecuente _____

2. MEDICAMENTOS QUE TOMA EL NIÑO EN LA CASA

Medicamento _____ dosis _____ hora _____ razón _____
Medicamento _____ dosis _____ hora _____ razón _____
Medicamento _____ dosis _____ hora _____ razón _____

3. MEDICAMENTOS NO RECETADOS QUE SE PUEDEN ADMINISTRAR EN LA ESCUELA DE SER NECESARIO

Por favor circule los medicamentos que su hijo puede tomar en la escuela en caso de que sea necesario

Tylenol Ibuprofen Benadryl Maalox Emetrol (para náuseas) Midol
Robitussin Sudafed/Dimetapp Imodium

Si su hijo necesita que algún medicamento recetado se le administre en horario escolar, por favor complete el formulario de medicamentos que se encuentra en la página web de FASD y envíelo a la escuela junto con el medicamento. Si tiene alguna pregunta o desea actualizar alguna información, u objetar el intercambio de información de salud pertinente con los maestros para la seguridad/comodidad de su hijo, comuníquese con la enfermera de la escuela.

Firma del Padre/Tutor _____

Fecha _____