

Historial Médico Del Estudiante



Nombre del estudiante: _____ Escuela: _____

Complete la siguiente lista de verificación indicando cualquiera de las siguientes condiciones del estudiante.

Este niño no tiene necesidades de salud.

Alergias

<input type="checkbox"/>	Ambiente	Por favor enumere:
<input type="checkbox"/>	Alimento	Por favor enumere:
<input type="checkbox"/>	Insectos/Abejas	Por favor enumere:
<input type="checkbox"/>	medicamentos	Por favor enumere:
<input type="checkbox"/>	Otro	Por favor enumere:

Condiciones De Salud

<input type="checkbox"/> TDA/TDAH	<input type="checkbox"/> Trastorno óseo/articular/muscular	<input type="checkbox"/> Migrañas/Dolor de cabeza
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> cardiaco	<input type="checkbox"/> Trastorno Obsesivo Compulsivo
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Convulsión/Epilepsia	<input type="checkbox"/> Trastorno Negativista Desafiante
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> depresión	<input type="checkbox"/> Reflujo (gastroesofágico)
<input type="checkbox"/> Asma leve <input type="checkbox"/> Asma Moderada <input type="checkbox"/> Asma severa	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Autismo/Asperger	<input type="checkbox"/> Problemas digestivos/intestinales	<input type="checkbox"/> Trastornos de la piel
W. bipolar	<input type="checkbox"/> Síndrome de Down	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides
<input type="checkbox"/> Trastorno vesical/renal	<input type="checkbox"/> Trastorno alimentario	<input type="checkbox"/> Tourettes (tics)
<input type="checkbox"/> Trastorno de sangrado/coagulación	<input type="checkbox"/> Hipoglucemia	<input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática

Medicamentos Actuales

Proporcione información en las casillas

Con #1:	Dosis:	Condición:
Con #2:	Dosis:	Condición:
Con #3:	Dosis:	Condición:

Visión**Audiencia**

<input type="checkbox"/>	Gafas/Contactos	<input type="checkbox"/>	Audífonos
<input type="checkbox"/>	Preocupaciones de la visión	<input type="checkbox"/>	Escuchando problemas

Información del proveedor de atención médica en el archivo *Proporcione información en las casillas*

Médico	
Hospital	

<input type="checkbox"/>	Reconozco que la información anterior relacionada con la salud de mi hijo está actualizada	Firma:
		Fecha:

Indique los medicamentos que su hijo puede recibir:

Paracetamol
Ibuprofeno
Benadryl

Doy permiso para que mi hijo reciba ACETAMINOFEN, IBUPROFEN y/o BENADRYL (según se indique) cuando se considere necesario y lo delegue la enfermera escolar/registrada. La dosis se calculará en función del peso actual de mi hijo. Entiendo que se puede usar un equivalente genérico. Entiendo que los medicamentos anteriores que he marcado serán administrados por la enfermera escolar/registrada.

(Fecha)

(Firma del Padre / Tutor)

Consentimiento para el Tratamiento de Dependientes Menores

Nombre completo del estudiante: _____ Grado: _____

Nombre del Padre de Familia/Guardian: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Teléfono comercial: _____ Teléfono de emergencia: _____

Si no puede comunicarse con la parte responsable del niño dependiente, _____
(Nombre de estudiante)

Tiene mi consentimiento para llamar a _____ al _____
(Nombre del médico) (# de teléfono)

y/o enviar a _____ en ambulancia si la situación lo amerita.
(Nombre del hospital)

Además, doy mi consentimiento al médico y/u hospital mencionado anteriormente para que cuide al niño dependiente a su discreción en el mejor interés del niño.

(Fecha)

(Firma del Padre / Tutor)