



Numero de ID del estudiante:

FORMULARIO DE SALUD 2024-2025

Nombre legal del estudiante: _____ Edad: _____
Apellido Primer nombre Segundo

Grado: _____ Escuela: _____ Fecha de nacimiento: _____ Genero: _____

Medicamentos/Suplementos/Vitaminas:

¿Su estudiante ingiere medicamentos/suplementos/vitaminas? No Si Diagnostico/Razón _____

Medicamentos/Suplementos/Vitaminas	Dosis	Hora(s)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Información de salud:

Nombre del doctor(a) _____ Teléfono _____ Fecha de última visita _____

Nombre del dentista _____ Teléfono _____ Fecha de última visita _____

Hospital de preferencia _____

¿Cuenta su hijo(s) con seguro de cobertura médica? (Comercial, por su cuenta, salud de MO, etc.) No Si

¿Su hijo(a) ha tenido o tiene algo de lo siguiente?

- Alergias No Si
Si es si, favor de especificar en la parte de abajo si es a los alimentos, al medio ambiente, medicamentos, animales u otros, anote todo lo que aplique.
- Asma No Si
Si es si, nombre del inhalador _____
- Déficit de atención/ Desorden hiperactivo No Si
Si es si, nombre del medicamento.
- Problemas del comportamiento No Si
- Problemas de la vejiga No Si
- Problemas Intestinales No Si
- Huesos rotos No Si
- Varicela (mm/dd/yyyy) _____ No Si
- Diabetes ___ Insulina ___ Dieta Controlada No Si
- Traumatismo craneal/ Conmoción año _____ No Si
- Problemas de audición No Si
- Problemas cardiacos / Soplo al corazón No Si
- Hospitalizaciones No Si
(Otras aparte de recién nacido)
- Heridas/Accidentes No Si
- Problemas mentales/emocionales No Si
- Limitaciones físicas No Si
- Convulsiones No Si
- Cirugía / Suturas No Si
- Problemas de la vista No Si
Si es si, favor de especificar en la parte de abajo si utiliza lentes, lentes de contacto o ambos y algún otro problema.

Por favor explique las respuestas afirmativas aquí:

**** Los estudiantes de nuevo ingreso al distrito escolar de North Kansas City ** FAVOR DE ADJUNTAR una copia de su cartilla de vacunación actualizada por su doctor o clínica.
NO SE PERMITIRA INSCRIBIRSE a los estudiantes que no presenten la prueba de las vacunas requeridas por el estado.**

¿Tiene alguna preocupación por la salud de su estudiante?

Autorización para administrar benadryl en caso de emergencia:

Autorizo a la enfermera de la escuela para administrar benadryl bajo una situación de emergencia médica en la cual se sospecha un escenario de alergia y prescrito por un médico asesor de NKCSO.

No Yes

X _____
Firma del padre o tutor / otro

Fecha

Verificación:

En caso de enfermedad o herida de mi estudiante, entiendo que la escuela intentará contactar a los padres o tutores primero. Enseguida contactaran a las otras personas que están enlistadas y autorizadas para recibir información, tomar ciertas decisiones médicas y hacerse cargo de su cuidado. Si nadie está disponible la escuela está autorizada para tomar las medidas que considere necesarias para preservar la salud de mi estudiante sin limitarse e incluyendo tratamiento médico de emergencia.

Yo soy el padre legal / tutor de este estudiante. No Yes _____ Iniciales

Si usted no es el padre legal / tutor de este estudiante indique su relación. _____

Yo verifico que la información provista en esta forma es cierta y actualizada.

X _____
FIRMA del padre / tutor / otro

IMPRESO Nombre del Padre /tutor / otro

Fecha