

SAN MATEO UNION HIGH SCHOOL DISTRICT

Nuevos estudiantes y estudiantes del 9º grado*

FORMULARIO DE SALUD

Nombre _____ Grado ____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo [] M [] F

Dirección _____ Teléfono () _____

POR FAVOR MARQUE SÍ O NO:

UTILIZA ANTEOJOS	SÍ	NO	TIENE PÉRDIDA DE AUDICIÓN	SÍ	NO
LENTE DE CONTACTO:	SÍ	NO	USA AUDÍFONO PARA OIR	SÍ	NO

MI HIJO(A) TIENE LAS SIGUIENTES RESTRICCIONES DE SALUD: (POR FAVOR INDIQUE Y EXPLIQUE A CONTINUACIÓN SI ES NECESARIO)

[] ALERGIAS (enumere): _____

[] REACCIÓN ANAFILÁCTICA A: _____

*Medicamentos: [] EPI-PEN® [] Otros medicamentos para anafilaxia: _____

[] ASMA. INDIQUE INHALADOR(ES): _____

[] DIABETES, DEPENDIENTE DE INSULINA: _____

[] CONVULSIONES EPILÉPTICAS: _____

[] ENFERMEDAD DEL CORAZÓN (por favor marque A o B)

A. NO TIENE RESTRICCIONES

B. RESTRICCIONES (EXPLIQUE): _____

[] JAQUECAS: tratamiento: _____

OTRAS RESTRICCIONES DE SALUD, FÍSICAS O EMOCIONALES:

SI MI HIJO (A) PRESENTA SÍNTOMAS RELACIONADAS A LAS RESTRICCIONES MENCIONADAS ARRIBA, LA ESCUELA DEBE HACER LO SIGUIENTE: _____

NOMBRE DE LA MEDICINA QUE TOMA: _____

NOMBRE DE LAS MEDICINAS QUE TOMA DURANTE LAS HORAS DE ESCUELA: _____

Según su médico y Ud. ¿está capacitado físicamente y mentalmente su estudiante para administrarse él mismo la medicina? Por favor indique Si *No, *Si "no", llame a la oficina de Salud de la escuela para dar las instrucciones necesarias.

Fecha: _____

Firmado: _____

Padre/Tutor

**La Información en caso de emergencia, está en la Tarjeta de Emergencia*