

Alta-Aurelia Escuela Comunitaria

Formulario de salud

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Padre / tutor: _____ Número de teléfono: _____

Médico: _____ Dentista: _____

Por la presente autorizo a la enfermera, director o secretario de la escuela a llamar al médico o al dentista, mencionado anteriormente o al 911 si surge una emergencia y no pueden localizarme de inmediato. Mantendré informada a la escuela de los números de teléfono actuales para que me puedan localizar.

Firma del parente / tutor: _____ Fecha: _____

1. ¿Su hijo ha tenido alguna enfermedad, lesión o cirugía grave en el pasado? Por favor, indique y proporcione las fechas: _____
2. ¿Su hijo ha sido diagnosticado con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) por un médico? Sí / NO
3. ¿Le han diagnosticado a su hijo un trastorno convulsivo? Sí / NO
4. ¿Su hijo tiene alguna alergia a medicamentos, alimentos, insectos, etc.? Sí / NO En caso afirmativo, describa:
 - a. ¿Tiene su hijo un bolígrafo EPI en casa? Sí / NO
5. ¿Su hijo tiene asma? Sí / NO
 - a. En caso afirmativo, ¿necesitarás un inhalador en la escuela? Sí / NO
6. ¿Tomará su hijo medicamentos durante el día escolar? Sí / NO
 - a. En caso afirmativo, complete el formulario de Medicamentos en la escuela y devuélvelo a la enfermera de la escuela
7. ¿Tiene su hijo alguna necesidad de salud especial que la escuela deba conocer? Sí / NO
8. ¿Da permiso para compartir información médica pertinente con el personal apropiado? Sí / NO
9. ¿Su hijo usa anteojos o lentes de contacto? Sí / NO Fecha del último examen de la vista: _____
10. ¿Fecha de la última visita al dentista? _____
11. ¿Están las vacunas de su hijo al día con los requisitos estatales? Sí / NO
12. ¿Algún otro problema de salud que debamos conocer? _____

PERMISO PARA MEDICAMENTOS SIN RECETA

Doy permiso para que _____ tome acetaminofén (Tylenol) o ibuprofeno si es necesario mientras está en la escuela. La cantidad y el tipo proporcionados serán adecuados para la edad y el peso.

Firma del parente / tutor: _____ Fecha: _____