ROBERTSON COUNTY SCHOOL NURSING SERVICES

Formulario Historial sobre la Salud del Estudiante 2024 – 2025

Nombre del Estudiante:	Grado:	FDN:
Dirección:		
Nombre del Padre (Letra de molde):	# de Teléfono del Padre:	

Información de Contacto en Caso de Emergencia		
Nombre del Contacto de Emergencia	Relación al estudiante	Numero Telefónico
1.)		
2.)		
3.)		

1. Ha sido diagnosticado el estudiante con alguna condición médica? SI NO
   Por favor circule: Asma Diabetes Convulsiones
   Por favor indique cualquier otra condición o información medica: _____
   Se le ha recetado al estudiante medicamentos para el asma? SI NO
   Se le ha recetado al estudiante medicamentos para las convulsiones? SI NO
   • Si se requerirán medicamentos en la escuela, el padre/tutor debe proporcionar el medicamento, la orden del médico y el consentimiento de los padres.
   • Por favor, póngase en contacto con la enfermera de la escuela para los formularios correctos.
   Por favor indique el tipo de convulsiones: _____
   Fecha de la última convulsión: _____
2. Tiene el estudiante alguna alergia significativa a alimentos o insectos? SI NO
   Liste la alergia y reacción específicas si se exponen a su alérgeno: _____
   _____
   Tiene el estudiante un Epi-pen prescrito? SI NO
   - Si se requiere un Epi-pen en la escuela, el padre/tutor debe proporcionar el Epi-pen, la orden del médico y el consentimiento de los padres.
   - Por favor, póngase en contacto con la enfermera de la escuela para los formularios correctos. Las alergias a los alimentos requieren una orden del médico en el archivo.
   - Consulte a la enfermera de la escuela para obtener la documentación correcta.
3. Está el estudiante tomando medicamentos actualmente? SI NO
   Nombre del medicamento: _____ Cuando se toma: _____
   • Si se requerirán medicamentos en la escuela, el padre/tutor debe proporcionar el medicamento, la orden del médico y el consentimiento de los padres.
   • Por favor, póngase en contacto con la enfermera de la escuela para los formularios correctos.
4. Tiene el estudiante alguno de los siguientes?
   Por favor circule: Concusión Desmayo Pérdida de consciencia Mareo
   Fractura de hueso/fractura Dislocación
   Por favor describa: _____
   Fecha en que ocurrió: _____ Tipo de tratamiento recibido: _____
5. El estudiante ha sido operado o ha sido hospitalizado por algo que no sea los problemas mencionados anteriormente? SI NO
   Fecha: _____ Por favor describa: _____
6. Está el estudiante actualmente bajo el cuidado de un médico por algo que no sea una visita de rutina? SI NO
   Por favor explique: _____
7. Se le ha diagnosticado al estudiante algún problema de comportamiento/emocional? SI NO
   Por favor explique: _____
8. Tiene el estudiante algún problema de audición o usa audífonos?? SI NO
   Por favor explique: _____
9. Ha tenido el estudiante alguna vacuna reciente? SI NO
   - Si es así, proporcione una copia actualizada del registro de vacunación a la enfermera de la escuela
10. Hay alguna razón por la cual el estudiante no pueda participar en la clase de educación física? SI NO
    - Si es así, por favor explique: _____

Nombre del doctor del estudiante: _____ Fecha de la última visita: _____

** A excepción de los medicamentos de emergencia (Inhaladores, Epi-pens, Glucagon) que están acompañados por una orden de un médico, ¡LA POLÍTICA DE LA JUNTA NO PERMITE QUE LOS ESTUDIANTES LLEVEN CUALQUIER MEDICAMENTO CON ELLOS A LA ESCUELA! Tanto los medicamentos recetados como los de venta libre requieren documentación específica para estar archivada con la enfermera. Si su hijo necesita medicamentos en la escuela, comuníquese con la enfermera de la escuela para obtener la documentación correspondiente.
** Consulte a la enfermera de la escuela con respecto a cualquier pregunta sobre medicamentos o procedimientos médicos y notifique a la enfermera de la escuela si la información médica cambia durante el año escolar.
** Consentimiento de salud: Su firma en este documento otorga el consentimiento para que la enfermera de la escuela comparta la información de salud de su hijo con el personal de la escuela y los proveedores de atención médica, según sea necesario, para proteger mejor a su hijo en el entorno escolar.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR_____FECHA _____