



## Formulario de historial médico del estudiante Año escolar \_\_-

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_Grado/PAA \_\_\_\_\_

Padre/Madre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Padre \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Alergia(s) a medicamentos: Ninguna conocida Sí (enumere): \_\_\_\_\_

*\_\_\_\_\_ Mi hijo no tiene ninguna enfermedad conocida. (Puede detenerse aquí, si no hay condiciones médicas conocidas y su hijo no necesita medicamentos en la escuela. Por favor, firme al final y devuélvalo.*

\_\_\_\_\_ **Asma** Desencadenantes: \_\_\_\_\_ Ambientales/estacionales \_\_\_\_\_ Ejercicio

\_\_\_\_\_ Infección de las vías respiratorias altas

\_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Inhalador en la escuela\*(requiere formulario) \_\_\_\_\_ Llevarlo uno mismo\*(requiere formulario)

\_\_\_\_\_ **Diabetes** \_\_\_\_\_ Tipo I \_\_\_\_\_ Tipo II Diagnosticada: \_\_\_\_\_ Insulina Por: \_\_\_\_\_ Bomba \_\_\_\_\_ Inyecciones

\_\_\_\_\_ **Alergias** Alimentos \_\_\_\_\_ Cacahuets \_\_\_\_\_ Frutos de cáscara

\_\_\_\_\_ Leche \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_ Picadura grave \_\_\_\_\_ Abejas

\_\_\_\_\_ Avispas \_\_\_\_\_ Hormigas \_\_\_\_\_ Otras: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Epi Pen/Benadryl en la escuela\*(Requiere formulario)

\_\_\_\_\_ **Trastorno convulsivo**(Explique): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ¿Le han diagnosticado **una conmoción cerebral** en el último año? Fecha del diagnóstico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **TDAH, TOD, Ansiedad** (Explique): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Otras condiciones:** \_\_\_\_\_

¿Toma el alumno alguna medicación habitual? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sí Lista de medicación(es): \_\_\_\_\_

¿Necesita su hijo medicación en el colegio? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sí Si usted marcó sí, proporcione por favor la medicación apropiada con las formas requeridas terminadas. \*La política de medicación y los formularios se pueden encontrar en el sitio web de la FLA o puede ponerse en contacto con la enfermera de su escuela.

La información en esta forma es exacta a lo mejor de mi conocimiento y yo doy el permiso al Personal de la Escuela/Enfermera de la Escuela para compartir información con respecto a la condición médica de mi estudiante con empleados pertinentes de la escuela, mi médico o personal de emergencia. También doy permiso a la FLA para llamar al 9-1-1 y transportar a mi estudiante a un hospital si se necesita cuidado de emergencia.

Firma del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_