



Kearney High School

Cuestionario de salud 2021-2022 de

Apellido: _____ Nombre: _____

Grado: _____

Por favor, seleccione todas las respuestas válidas:

	No	Sí	Sírvanse proporcionar información adicional
* anafiláctico Alergias			* debe proporcionar un plan de acción
* Asma / dificultades respiratorias			* debe proporcionar plan de acción
de condición cardíaca /del corazón			
Enfermedad/ condición crónica			
* Diabético			* debe proporcionar un plan de acción
Intolerancia alimentaria / Sensibilidad			
Convulsiones / Condición convulsiva			* debe proporcionar un plan de acción

¿Hay alguna información adicional sobre su hijo que la enfermera de KPS deba saber?

¿Tiene alguna inquietud psiquiátrica, conductual o emocional con respecto a su hijo?

¿Da permiso para que su estudiante tome los siguientes medicamentos, que pueden ser proporcionados por KHS?

No Sí FIRMA

TYLENOL. 500 mg, 2 cápsulas, una vez al día escolar según sea necesario			
IBUPROFEN. 200 mg, 2 cápsulas, una vez al día escolar, según sea necesario,			
antiácido TUMS. 2 tabletas masticables, una vez por día escolar según sea necesario			

CUALQUIER otro medicamento que su estudiante pueda necesitar en la escuela DEBE SER:

- Proporcionado por la familia
- Guardado en la Oficina de Salud
- En el recipiente original etiquetado
- Acompañado por un **Solicitud de Medicamentos en la Escuela para los Padres** formulario de (disponible en el sitio web de KPS o en la escuela)

Doctor: _____ Número de teléfono: _____

Dentista: _____ Teléfono Número: _____



Kearney High School

Cuestionario de salud 2021-2022 de

Optometrista: _____ Número de teléfono: _____

Doy permiso a la enfermera de la escuela para que se comunique con cualquiera de los proveedores enumerados anteriormente con respecto a las vacunas y / o el examen físico de mi hijo para el año escolar actual. También doy permiso a la enfermera de la escuela para informar al personal relevante de la escuela sobre las condiciones médicas.

Entiendo que toda la información se mantendrá confidencial.

Nombre de los padres /tutor: _____

padre / tutorFirma: _____ **Fecha:** _____