

## La Actualizacion Medica de Informacion

Distrito Escolar de Sherman #ID \_\_\_\_\_

Maestra: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_M \_\_\_F Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de Estudiante: \_\_\_\_\_ # Telefonico \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Doctor: \_\_\_\_\_ Nombre de Ultima Escuela Inscrito \_\_\_\_\_

Localidad de la Ultima Escuela: \_\_\_\_\_ Asistio escuela en Sherman? \_\_\_Si \_\_\_No

Cuando? \_\_\_\_\_ Cual Escuela?: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Fecha de Inscribir \_\_\_\_\_ Nombre de Padres: \_\_\_\_\_

**VACUNAS: ADJUNTA UNA COPIA DE CERTIFICADO DE VACUNAS A ESTA HOJA** Pedimos el certificado de vacunas de la escuela anterior. Si no lo recibimos o si son incompletas, es la responsabilidad de los padres proveerlos. La ley requiere que lo tenemos dentro de 30 dias de inscripción. Las reglas de vacunas del Estado de Texas podrán ser diferentes de otros estados. Nuestros servicios de salud de escuela estudiaran el certificado y le informaran si necesita mas vacunas.

| <b>HISTORIA MEDICA:</b>                                         | <b>SI</b> | <b>NO</b> |                                           | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
|-----------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-------------------------------------------|-----------|-----------|
| <b>Tiene su nin(a) cualquier de las condiciones siguientes?</b> |           |           |                                           |           |           |
| Asma (indicado por el doctor)                                   |           |           | Epilepsia/Convulsiones?                   |           |           |
| Alergia: Comida                                                 |           |           | Problema con Oidos?                       |           |           |
| Alergia: Otro                                                   |           |           | Problema con Ojos?                        |           |           |
| Alergia (INTENSO) de pico de abeja                              |           |           | Enfermedad de Corazon – que? Coma afecta? |           |           |
| Viruelas locas – Cuando?                                        |           |           | Hepatitis?                                |           |           |
| Toma Medicacion cada dia?                                       |           |           | Amigdalitis/Operacion – fecha?            |           |           |
| Diabetes?                                                       |           |           | Otra condicion? (explique)                |           |           |

Si respondió “si” a las preguntas de arriba, favor de explicar:

Asma: Requiere Medicamento en la escuela? \_\_\_Si \_\_\_No Nombre de Medicina \_\_\_\_\_

Nombre de Doctor: \_\_\_\_\_ # Telefonico de Doctor \_\_\_\_\_ Medicina en la Escuela? \_\_\_Si \_\_\_No

Que alergia tiene su estudiante? \_\_\_\_\_ Como se aparece la alergia? \_\_\_\_\_

Hay medicamento de emergencia para esta alergia? \_\_\_Si \_\_\_No --- Cual? \_\_\_\_\_

Explique el tratamiento para el diabetes, asma o convulsiones: \_\_\_\_\_

Que medicamento tomas su nino (a) regularmente? \_\_\_\_\_

Fue hospitalizado su nino (a) para enfermedad grave o accidente? \_\_\_Si \_\_\_No – Cuando, donde, y porque? \_\_\_\_\_

**NOTICIA:** Yo entiendo que tengo que tener esta historia clínica corriente. Si cambia esta información, tiene que avisar a la enfermera. Es muy importante que firme su nombre. Usted es responsable de avisarle a la escuela de información medica.

Firma de Padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_