

ESCUELAS PÚBLICAS DE WESTBOROUGH
HISTORIAL DE SALUD DEL ESTUDIANTE (Pre K – Grado 3)

Los exámenes de la vista se realizan en los grados Pre K y 1-3. Los exámenes de audición se realizan en los grados K-3. Los exámenes de altura y peso se realizan en el primer grado. Notifique a la enfermera de la escuela si no desea que su hijo participe en cualquiera de estos exámenes obligatorios.

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____ Teléfono de casa _____

Padre/Tutor _____

Puede recoger al estudiante: ☐ Sí ☐ No

Empleador _____

Teléfono del trabajo _____

Teléfono celular _____

Padre/Tutor _____

Puede recoger al estudiante: ☐ Sí ☐ No

Empleador _____

Teléfono del trabajo _____

Teléfono celular _____

El niño vive con _____ Idioma que se habla en casa _____

Hermanos/edades _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA (Adultos locales que cuidarán a su hijo si no es posible localizarlo)

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA

Médico/NP/PA _____ Teléfono _____

Dentista _____ Teléfono _____

Compañía de seguro médico _____ Póliza # _____

Si no tiene seguro médico, comuníquese con la enfermera de la escuela para obtener información sobre los programas de Massachusetts.

¿Existen antecedentes familiares de enfermedades crónicas, problemas de salud mental, problemas de aprendizaje, problemas de salud, etc.? ☐ No ☐ Sí

En caso afirmativo, explique: _____

ANTECEDENTES DE SALUD INFANTIL

¿Hubo algún problema importante durante el embarazo? ☐ No ☐ Sí

En caso afirmativo, explique: _____

Duración del embarazo: _____ semanas Peso al nacer: _____ libras. _____ onz. _____

¿Hubo alguna complicación que ocurrió durante o después del nacimiento? ☐ No ☐ Sí

En caso afirmativo, explique: _____

¿Hay alguna otra información que le gustaría compartir sobre el historial de nacimiento de este niño? (es decir, adopción)

¿A qué edad su hijo hizo lo siguiente: Sentarse _____ Gatear _____ Caminar _____
Dijo su primera palabra _____ Dijo su primera oración _____
Aprende a ir al baño: Día _____ Noche _____

PREOCUPACIONES MÉDICAS/DE SALUD MENTAL: (como asma, diabetes, afecciones cardíacas, convulsiones, migrañas, ansiedad, depresión, TDAH, problemas de conducta, etc. Adjunte páginas adicionales si es necesario):

¿Su hijo alguna vez ha tenido lesiones, enfermedades u hospitalizaciones importantes? ☐ No ☐ Sí

En caso afirmativo, explique: _____

¿Su hijo tiene alguna alergia? ☐ No ☐ Sí

En caso afirmativo, explique: _____

¿Tiene su hijo un EpiPen para las alergias graves? ☐ No ☐ Sí

¿Su hijo sigue una dieta especial relacionada con alergias, intolerancias o algún problema de salud?

☐ No ☐ Sí

En caso afirmativo, explique: _____

¿Su hijo ha sido evaluado por problemas de visión? ☐ No ☐ Sí

En caso afirmativo, explique: _____

¿Su hijo usa gafas? ☐ No ☐ Sí

¿Su hijo ha tenido infecciones de oído frecuentes? ☐ No ☐ Sí

En caso afirmativo, explique: _____

¿Alguna vez su hijo ha sido evaluado por problemas de audición? ☐ No ☐ Sí

En caso afirmativo, explique: _____

¿Está su hijo tomando actualmente algún medicamento? ☐ No ☐ Sí - indique:

Medicamento _____ Dosis _____ Hora de administración _____

Medicamento _____ Dosis _____ Hora de administración _____

Medicamento _____ Dosis _____ Hora de administración _____

Si su hijo requiere medicamentos o algún tratamiento especial mientras está en la escuela, comuníquese con la enfermera de la escuela. Se requiere una orden firmada de un médico autorizado y el permiso de los padres para el tratamiento o los medicamentos administrados en la escuela (excepto lo que se indica a continuación).

¿Está este niño actualmente bajo el cuidado de un médico, aparte de los chequeos regulares? ☐ No ☐ Sí

En caso afirmativo, explique: _____

¿Existen restricciones en las actividades de este niño? ☐ No ☐ Sí

En caso afirmativo, explique: _____

¿Hay algo más sobre la salud de este niño que le gustaría compartir?

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES para MEDICAMENTOS SIN RECETA (durante el horario escolar)

Doy permiso para que la enfermera de la escuela proporcione y administre los siguientes medicamentos de venta libre a mi hijo, según sea necesario, según la evaluación de enfermería:

Acetaminofén (Tylenol): Para molestias musculares leves a moderadas, calambres menstruales, dolor de muelas, dolor de cabeza, fiebre leve. (Nota: Cualquier estudiante con una temperatura superior a 100° F debe ser recogido por el padre o contacto de emergencia). Dosis máxima: 650 mg.

☐ Sí ☐ No

Ibuprofeno (Advil, Motrin, Nuprin): Para molestias musculares leves a moderadas, calambres menstruales, dolor de muelas, dolor de cabeza, fiebre leve. (Nota: Cualquier estudiante con una temperatura superior a 100.0° F debe ser recogido por uno de los padres o contacto de emergencia). Dosis máxima: 400 mg.

☐ Sí ☐ No

Tums (carbonato de calcio): Para indigestión, malestar estomacal. Dosis máxima: 1-2 pastillas de concentración regular.

☐ Sí ☐ No

Pastillas para la garganta: Para dolor de garganta, tos. Dosis máxima: 1-2 por día.

☐ Sí ☐ No

Firma del padre/tutor _____ **Fecha** _____

· Doy permiso para que la enfermera proporcione tratamientos menores de primeros auxilios que pueden incluir la aplicación de antibióticos, ungüentos o productos para el cuidado de la piel, como un limpiador suave, loción para manos o loción con Caladryl, aloe o lidocaína.

· Doy permiso para que la enfermera comparta información relevante con el personal escolar apropiado para satisfacer las necesidades de salud y seguridad de mi hijo.

· En caso de accidente o enfermedad grave, solicito que la enfermera de la escuela se comunique conmigo. Si no puede comunicarse conmigo o con uno de mis personas designadas, Autorizo a la escuela a comunicarse con el proveedor médico de mi hijo. Si es necesario, la escuela llamará al 911 y enviará a mi hijo con un adulto de la escuela al hospital para recibir tratamiento de emergencia. La escuela no se hace responsable de los gastos médicos.

Firma del padre/tutor _____ **Fecha** _____