



DEPARTAMENTO EDUCATIVO DEL ESTADO DE ALABAMA



Récord de Evaluación Médica

Año Escolar: _____ - _____

Para el Padre o Guardián:

El propósito de este formulario es proporcionarle a la enfermera escolar información adicional sobre las necesidades médicas de su hijo/a. La enfermera puede comunicarse con usted para obtener más información. La información requerida es esencial para cumplir con las necesidades médicas de su hijo/a.

Esta información se mantendrá confidencial.

POR FAVOR complete ambos lados de este formulario (Entregue a la Enfermera Escolar)

Nombre de Estudiante (Apellido, primer nombre, segundo nombre)		Fecha de Nac.	Sexo	Escuela
Dirección (Calle)				
Número de Teléfono de Casa	Número de Teléfono Celular	Número de Teléfono Adicional	Grado	Maestro/a de Salón
Nombre de Padre/Guardián (Apellido, Primer, Segundo)				Número de Teléfono de Trabajo
Transportación ☐ Autobús Escolar Número del autobús: ☐ Carro ☐ Autobús de Necesidades Especiales ☐ Programa después de la escuela				

Parte I – Información de Salud

Lugar donde su hijo/a recibe cuidado médico: Nombre de Doctor: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ ☐ Clínica Comunitaria de Salud ☐ Departamento de Salud ☐ Clínica de Hospital ☐ No tiene lugar regular ☐ Doctor Privado/HMO	Información de Seguro Médico de su hijo/a: ☐ ALL KIDS ☐ Medicaid ☐ No tiene seguro médico ☐ Otro _____ ☐ Seguro Médico Privado	Lugar donde su hijo/a recibe cuidado dental: Nombre de Dentista: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ ☐ Clínica Comunitaria de Salud ☐ Departamento de Salud ☐ Clínica de Hospital ☐ No tiene lugar regular ☐ Dentista Privado/HMO
Hospital de Preferencia: _____		

Parte II – Historia Medico Equipo Medico/Procedimientos Requeridos en la Escuela

☐ Catéter	☐ Tubo Gástrico	☐ Tratamientos Nebulizados	☐ Suplemento de Oxígeno	☐ Traqueotomía
☐ Estimulador del Nervio Vagal (VNS)	☐ Ventilador	☐ Silla de Ruedas	☐ Caminadora	
☐ Otro <i>Por favor explique:</i>				

Medicamentos y Procedimientos en la escuela requieren una Forma de Receta/Autorización (una para cada medicamento o procedimiento) Por favor consulte con la enfermera escolar.

Por Favor Complete el Reverso de la Forma (Firma Requerida)





DEPARTAMENTO EDUCATIVO DEL ESTADO DE ALABAMA



Récord de Evaluación Médica

Año Escolar: _____ - _____

Parte III – Historial Médico

☐ SI ☐ NO	PROBLEMAS DE SALUD CONOCIDOS Si NO , vaya directamente al final de la hoja y proporcione la firma de padre/guardián Si SI , y diagnosticado por un doctor, conteste cada pregunta siguiente.
☐ SI ☐ NO ☐ SI ☐ NO	Trastorno de Déficit de Atención (ADD) Trastorno de déficit de Atención con Hiperactividad (ADHD) Requiere medicamento ☐ En la Escuela ☐ En la Casa
☐ SI ☐ NO	Alergias: ☐ Alimentos _____ ☐ Insectos _____ ☐ Ambiente _____ ☐ Epi-pen ☐ Medicamentos _____ ☐ Otro: _____ ☐ Urticaria/Sarpullido ☐ Medicamentos ☐ Dificultad respiratoria
☐ SI ☐ NO	Asma ☐ Usa un inhalador en la escuela ☐ Usa un inhalador en la casa
☐ SI ☐ NO	Problemas de sangrado: ☐ Hemofilia, ☐ Von Willebrand's ☐ Requiere medicamento Por favor explique: ☐ Otro
☐ SI ☐ NO	Sangrado de nariz frecuente: <i>Por favor explique:</i>
☐ SI ☐ NO	Cáncer/Leucemia: <i>Por favor explique:</i>
☐ SI ☐ NO	Parálisis Cerebral: <i>Por favor explique:</i>
☐ SI ☐ NO	Fibrosis Cística: <i>Por favor explique:</i>
☐ SI ☐ NO	Problemas Dentales: <i>Por favor explique:</i>
☐ SI ☐ NO	Diabetes ☐ Diabético Tipo 1 ☐ Monitorea azúcar en la sangre en la escuela ☐ Requiere Insulina en la escuela ☐ Pompa de Insulina ☐ Orden de Glucógeno ☐ Oral medicamento ☐ Diabético Tipo 2 ☐ Controla la dieta
☐ SI ☐ NO	Emocionales/Comportamiento/Psicológico: <i>Por favor explique:</i>
☐ SI ☐ NO	Problemas Gastrointestinales/Estómago: <i>Por favor explique:</i>
☐ SI ☐ NO	Trastorno Genético / Raro: <i>Por favor explique:</i>
☐ SI ☐ NO	Dolores de Cabeza: <i>Por favor explique:</i>
☐ SI ☐ NO	Problemas de Oír: ☐ Oído derecho ☐ Oído izquierdo ☐ Ambos Oídos ☐ Pérdida de Oír ☐ Ayuda Auditiva ☐ Tubos ☐ Implante Coclear
☐ SI ☐ NO	Condición del Corazón: ☐ Restricciones de Actividad: ☐ Medicamento tomado en casa: <i>Por favor explique:</i>
☐ SI ☐ NO	Hipertensión (Alta Presión): <i>Por favor explique:</i>
☐ SI ☐ NO	Artritis Juvenil/ Problemas de Huesos-Articulaciones: <i>Por favor explique:</i>
☐ SI ☐ NO	Problemas de Riñones/ Vejiga/ Urinaria: <i>Por favor explique:</i>
☐ SI ☐ NO	Escoliosis: ☐ NO Tratamiento ☐ Usa Soporte ☐ Cirugía ☐ Historia Familiar
☐ SI ☐ NO	Ataques/Convulsiones: Tipo de Ataque: _____ <i>Medicamento:</i> ☐ Diastat ☐ Klonopin ☐ Versed ☐ Medicamento en Casa ☐ Otro _____ <i>Por favor explique:</i>
☐ SI ☐ NO	Anemia de Células: ☐ Anemia ☐ Rasgo
☐ SI ☐ NO	Shunt (desviación de ventrículo cerebral) : ☐ VP shunt <i>Por favor explique:</i>
☐ SI ☐ NO	Espina Bífida:
☐ SI ☐ NO	Dieta Especial: <i>Por favor explique:</i>
☐ SI ☐ NO	Problemas de Vista: ☐ Usa Lentes ☐ Usa Contactos ☐ Otro
☐ SI ☐ NO	Otras Condiciones Médicas: <i>Por favor incluya cualquier medicamento tomado solamente en casa.</i>

Firmas Requeridas

Firma de Padre(s) o Guardián: _____ Fecha: _____

Firma de Enfermera Escolar: _____ Fecha: _____