



Numero de ID del estudiante: _____

FORMULARIO DE SALUD 2026-2027

Nombre legal del estudiante: _____ Edad: _____
Apellido Primer nombre Segundo

Grado: _____ Escuela: _____ Fecha de nacimiento: _____ Género: _____

Medicamentos/Suplementos/Vitaminas:

¿Su estudiante ingiere medicamentos/suplementos/vitaminas? No Si Diagnóstico/Razón _____

| Medicamentos/Suplementos/Vitaminas | Dosis | Hora(s) |
|------------------------------------|-------|---------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Información de salud:

Nombre del doctor(a) _____ Teléfono _____ Fecha de última visita _____

Nombre del dentista _____ Teléfono _____ Fecha de última visita _____

Hospital de preferencia _____

¿Cuenta su hijo(s) con seguro de cobertura médica? (Comercial, por su cuenta, salud de MO, etc.) No Si

Si tiene cobertura médica, escriba el nombre de la compañía de seguro con la que su hijo tenga con la cobertura de seguro médico. Si no tiene, por favor solicite el volante informativo de la escuela.

¿Su hijo(a) ha tenido o tiene algo de lo siguiente?

- Alergias No Si
Si es sí, favor de especificar en la parte de abajo si es a los alimentos, al medio ambiente, medicamentos, animales u otros, anote todo lo que aplique.
- Asma No Si
Si es sí, nombre del inhalador _____
- Déficit de atención/ Desorden hiperactivo No Si
Si es sí, nombre del medicamento. _____
- Problemas del comportamiento No Si
- Problemas de la vejiga No Si
- Problemas Intestinales No Si
- Huesos rotos No Si
- Varicela (mm/dd/yyyy) _____ No Si
- Diabetes ___ Insulina ___ Dieta Controlada No Si
- Traumatismo craneal/ Conmoción año _____ No Si
- Problemas de audición No Si
- Problemas cardiacos / Soplo al corazón No Si
- Hospitalizaciones No Si
(Otras aparte de recién nacido)
- Heridas/Accidentes No Si
- Problemas mentales/emocionales No Si
- Otros diagnósticos crónicos No Si
(ejemplo: dolores de cabeza por migrañas, hemofilia, anemia de células falciformes, trastorno autoinmune u otros). Si respondió "sí", por favor explique en la parte inferior
- Limitaciones físicas No Si
- Convulsiones No Si
- Cirugía / Suturas No Si
- Problemas de la vista No Si
Si es sí, favor de especificar en la parte de abajo si utiliza lentes, lentes de contacto o ambos y algún otro problema.

Por favor explique las respuestas afirmativas aquí:

**** Los estudiantes de nuevo ingreso al distrito escolar de North Kansas City ** FAVOR DE ADJUNTAR una copia de su cartilla de vacunación actualizada por su doctor o Clínica.
NO SE PERMITIRA INSCRIBIRSE a los estudiantes que no presenten la prueba de las vacunas requeridas por el estado.**

¿Tiene alguna preocupación por la salud de su estudiante?

Autorización para administrar Benadryl en caso de emergencia:

Autorizo a la enfermera de la escuela para administrar benadryl bajo una situación de emergencia médica en la cual se sospecha un escenario de alergia y prescrito por un médico asesor de NKCSO.

No Yes

X _____
Firma del padre o tutor / otro

Fecha

Verificación:

En caso de enfermedad o herida de mi estudiante, entiendo que la escuela intentará contactar a los padres o tutores primero. Enseguida contactaran a las otras personas que están enlistadas y autorizadas para recibir información, tomar ciertas decisiones médicas y hacerse cargo de su cuidado. Si nadie está disponible la escuela está autorizada para tomar las medidas que considere necesarias para preservar la salud de mi estudiante sin limitarse e incluyendo tratamiento médico de emergencia.

Yo soy el padre legal / tutor de este estudiante. No Yes _____ Iniciales

Si usted no es el padre legal / tutor de este estudiante indique su relación. _____

Yo verifico que la información provista en esta forma es cierta y actualizada.

X _____
FIRMA del padre / tutor / otro

IMPRESO Nombre del Padre /tutor / otro

Fecha