



Formulario Historial Médico/Consentimiento

5-404

Año Escolar: _____ Escuela: _____

Información de Emergencia

Nombre del Estudiante: _____		Fecha de Nacimiento : _____	
Grado: _____ ID# _____			
Nombre del Padre: _____		Tel. #: _____	
Tel. #2: _____		Correo electrónico: _____	
Contacto de emergencia #1: _____		Tel. #: _____	
Contacto de emergencia #2: _____		Tel. # _____	
Nombre del Doctor: _____		Tel. # _____	
Yo _____ autorizo a la enfermera de la escuela a comunicarse con el proveedor de atención médica de mi hijo(a) para discutir cualquier condición médica que pueda ser inferida en este formulario.			

Historial Médico

- Por favor, "marque (✓)" cualquiera de las siguientes condiciones de salud si corresponden a su hijo(a):

<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Inhalador de asma: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Migrañas/ Dolores de cabeza frecuentes
<input type="checkbox"/> Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, TDAH (ADHD/ADD)	<input type="checkbox"/> Depresión/ Ansiedad	<input type="checkbox"/> Conmoción Cerebral/ Lesión Cerebral Traumática (dentro de un año)
<input type="checkbox"/> Uso de lentes o lentes de contacto	<input type="checkbox"/> Convulsiones: Medicamento de rescate: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Alergias y Reacciones: EpiPen: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Pérdida Auditiva, marque: <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo Ambos	<input type="checkbox"/> Cuenta con un formulario de enfermedad crónica del año escolar anterior	<input type="checkbox"/> Diabetes: Tipo 1 ó Tipo 2 Monitor de glucosa continuo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Medicamentos diarios, favor de enumerar:	<input type="checkbox"/> Otra enfermedad reciente o crónica /Condición / cirugía, favor de enumerar:	<input type="checkbox"/> Adaptaciones dietéticas especiales, favor de enumerar:

Medicamentos de Venta Libre (OTC)

- A discreción de la enfermera y siguiendo la Política del Distrito , Medicamentos de Venta Libre, pueden ser administrados para el tratamiento de su hijo(a). Favor de marcar **Sí** o **No** a lo siguiente:

<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Ibuprofeno (Advil, Motrin)
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Acetaminofén (Tylenol)

<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Ungüento Antibiótico
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Benadryl Oral/ Benadryl en Crema

**También pueden administrarse Medicamentos de Venta Libre adicionales como: antiácidos, pastillas para la tos, Orajel y gotas para los ojos.*

Firma del Padre/Madre/Tutor _____ **Fecha:** _____

❖ **Notas de la enfermera:**