



Escuelas de Bentonville

Historia de salud del estudiante

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento _____ Grado: _____ Maestría: _____
 Nombre del padre/tutor (en letra de imprenta): _____ Teléfono: _____
 Nombre del padre/tutor (en letra de imprenta): _____ Teléfono: _____
 Contacto de emergencia: _____ Número de teléfono: _____
 Correo electrónico principal: _____ Correo electrónico secundario: _____
 Doctor: _____ Hospital: _____ Seguro: Privado _____ Medicaid/AR Kids: _____

Afecciones diagnosticadas	Actual	pasado (año)	Nunca	Afecciones diagnosticadas	Actual	pasado (año)	Nunca
*Asma				Mareos, desmayos/Síncope			
Problemas de sangre - hemofilia/células falciformes/anemia				*Ataques epilépticos/Convulsiones			
Presión arterial alta/baja				Frecuente Infecciones del oído/Tubos			
Cáncer/Tumor/Bulto				Anteojos/lentes de contacto			
*Diabetes o azúcar en la orina				Condición cardíaca/Vascular			
Incapacidad / Servicio especial/504/otros servicios				Dolores de cabeza-Frecuentes/Severos, Migrañas			
Problemas de equilibrio; aparatos ortopédicos, silla deruedas, etc.				Problemas gastrointestinales: IBS/ERGE/Encopresis/Estreñimiento			
Pérdida de audición/Audífonos				Problemas urinarios - dolor/frecuencia/accidentes			
Visión/Problemas en los ojos				Alergias estacionales, "fiebre del heno"			
Trastorno de aprendizaje				*Alergias severas (Necesita un Epi-Pen)			
Trastorno de conducta (ADHD/ADD)				Enfermedad de la piel: eccema, dermatitis, etc.			
Ansiedad, depresión, problemas para dormir				Traumatismo craneoencefálico severo/ Conmoción cerebral			
Pérdida de un familiar, divorcio/separación, mudanza				otro:			

***Es obligatorio que los estudiantes con asma, diabetes, anafilaxia, convulsiones, etc., tengan archivado un plan de salud actualizado.**

Explique las condiciones de salud/cirugías:

¿Ha recibido su hijo vacunas recientemente? Sí ___ NO ___ ¿Presentó una Exención de Vacunación de Arkansas? Fecha: _____ Entregue una copia a la RN

Enumere los medicamentos actuales que su hijo toma regularmente/diariamente en casa o en la escuela:

Medicamento	Dosis y frecuencia	Propósito	Efectos secundarios
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Enumere cualquier alergia a **alimentos o medicamentos (recetados o de venta libre):

Alergia Reacción **Tratamiento recomendado: Benadryl / Zyrtec / Epi Pen

Marque los EXÁMENES que NO desea para su hijo: ___ BMI (grados K, 2,4,6,8,10) ___ Escoliosis (niñas 6.º y 8.º/niños 8.º)

Este consentimiento debe firmarse para que la escuela se adhiera a los planes de atención ordenados por el médico y para que los estudiantes reciban medicamentos o procedimientos de venta libre. Los medicamentos de venta libre y la epinefrina y Narcan de emergencia están disponibles para su hijo según la evaluación de la enfermera. Las dosis se basan en las instrucciones de la etiqueta y están aprobadas por un médico con licencia de AR. Si su hijo necesita algún medicamento recetado o sin receta programado durante el día escolar, un padre o tutor DEBE llevar el medicamento a la enfermera en el envase original, JUNTO CON las órdenes recetadas por escrito de un profesional de la salud con licencia de Arkansas. Por la presente, autorizo a cualquiera/todos los proveedores médicos del Estudiante, del cual soy el padre o tutor legal, a consultar y/o divulgar información y registros relacionados con la atención médica de dicho Estudiante a cualquier representante del Distrito Escolar de Bentonville que solicite dicha información y registros. Entiendo que la información anterior se puede divulgar a los empleados del distrito escolar y al personal de emergencia apropiados para facilitar la atención médica de mi hijo. También entiendo que en caso de una emergencia, EMS tratará y transportará a mi hijo al hospital más cercano. El hospital y su personal médico cuentan con mi autorización para brindar el tratamiento necesario para el bienestar de mi hijo.

Firma del padre/tutor: _____

Fecha: _____

****Solo para uso de la oficina****

504: _____

IHP: _____

Processed by: _____ Date: _____

Complete este formulario y devuélvelo a la enfermera de la escuela de su estudiante.

o

Utilice la dirección web URL a continuación para completar este formulario de “Historial médico anual” en línea.

[www.bentonvillek12.org/parents/Forms - Online Forms \(Etrieve\)](http://www.bentonvillek12.org/parents/Forms - Online Forms (Etrieve))

