



ESCUELAS DE BENTONVILLE

Historial de Salud del Estudiante

Nombre del alumno: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____ Maestro(a): _____
 Nombre del padre/tutor(con letra de molde): _____ Teléfono: _____
 Nombre del padre/tutor(con letra de molde): _____ Teléfono: _____
 Contacto de emergencia: _____ N° de teléfono: _____
 Contacto de emergencia: _____ N° de teléfono: _____
 Dirección de email principal: _____ Dirección de email secundaria: _____
 Preferencias: Medico: _____ Hospital: _____ Seguro: Privado: _____ Medicaid/ARKids: _____

Afección Diagnosticada	Actual	Pasado (Año)	Nunca	Afección Diagnosticada	Actual	Pasada (Año)	Nunca
*ADD/ADHD				Problemas cardiacos/Cirugías cardiacas			
*Asma				Presión arterial alta/baja, problemas de la sangre			
Problemas de equilibrio: aparato ortopédico para la pierna, silla de ruedas, etc.				Problemas intestinales/Estreñimiento/Encopresis			
*Diabetes o azúcar en la orina				Pérdida de un familiar, divorcio/separación, mudanza			
Vértigo o episodios de desmayo				Alergias estacionales, fiebre del heno			
Dislexia(incluya la documentación del médico)				Problemas graves de conducta			
Eccema, enfermedad de la piel				*Alergia grave (Necesita el Epi-Pen)			
*Ataques epilépticos/convulsion				Dolor abdominal crónico o fuerte			
COVID-19-vacunas /Diagnosticada				Lesión grave en la cabeza/Contusión			
Infecciones de oídos frecuentes/tubos en los oídos				Tumor, bulto o Cancer			
Orina frecuente o con dolor				Usa lentes/lentes de contacto			
Dolor fuerte de cabeza con frecuencia				Moja o ensucia la ropa interior día o noche			
Pérdida de audición/audífonos				Preocupación/ansiedad o depresión, problemas para dormir			

***Es obligatorio, que los alumnos con asma, diabetes, anafilaxis, convulsiones, etc., tengan un plan de salud actualizado en el archivo.**

Explique los problemas de salud o cirugías: _____

¿Se ha vacunado su hijo(a) recientemente: S _____ N _____ ¿Has presentado una exención de vacunas en Arkansas? Fecha: _____ **Dar una copia a la RN**

Lista de medicinas que su hijo(a) toma regularmente/diariamente en casa o en la escuela:

Medicina	Dosis y frecuencia	Propósito	Efectos secundarios

Lista de alergias a los *alimentos o medicamentos. (Inclusive medicinas sin receta médica):

Alergia: _____ Reacción: _____ *Medicación recomendada: Benadryl: _____ Epi-Pen: _____
 Alergia: _____ Reacción: _____ *Medicación recomendada: Benadryl: _____ Epi-Pen: _____

Marque las EVALUACIONES que usted NO quiere para su hijo(A): _____ BMI (K,1,2,4,6,8,10) _____ Escoliosis(Niñas -6 y 8 and Niños-8)
Este consentimiento tiene que estar firmado para que el alumno reciba un medicamento sin receta. Los medicamentos sin receta y la epinefrina de emergencia estan disponibles para su hijo(a) según la observación de la enfermera. Las dosis estan indicadas en las instrucciones de la etiqueta y son aprobadas por el Dr. Curtis Hedberg. **Si su hijo necesita tomar una medicina con receta o medicina sin receta diaria durante las horas de escuela, uno de los padres/tutor legal TIENE que traer la medicina a la enfermera en el envase original, JUNTO CON la receta de un médico autorizado de Arkansas.** Yo, por la presente, autorizo cualquier/todos los proveedores médicos del alumno, del cual soy el padre o tutor legal, a conferir y/o dar información y expedientes. Entiendo que la información arriba detallada puede ser compartida con el personal apropiado del distrito escolar y el personal de emergencia para poder facilitar cuidado de salud a mi hijo. También entiendo que en caso de emergencia, EMS tratará a mi hijo y lo transportará al hospital más cercano. El hospital y su personal médico tienen mi autorización para darle el tratamiento que crean necesario para el bienestar de mi hijo.

Firma del padre/tutor legal: _____ Fecha: _____

****Office use only****

504: _____ **IHP:** _____ **Procesado por:** _____ **Fecha:** _____