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: _____ Nº de teléfono: _____

Contacto de emergencia: _____ Nº 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			
Problemas de visión				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 trasportará 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:_____