

Número de identificación del estudiante: Número de Homeroom: **FORMULARIO MÉDICO DEL ESTUDIANTE**

Gracias por ingresar la información de contacto y médica en este formulario. Después de completar la tarea familiar en el Portal Familiar de Skyward, complete este formulario y envíelo a la escuela con su hijo/a, a la atención de la enfermera escolar. Por favor, ingrese la misma información de contacto (incluida la de emergencia) que proporcionó en el Portal Familiar de Skyward para este año escolar.

INFORMACIÓN DEL/DE LA ESTUDIANTE

Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	Grado
Dirección de residencia	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal (si es diferente de la residencia)	Ciudad	Estado	Código postal

El estudiante vive con:

☐ Ambos padres ☐ Padre o madre y padrastro o madrastra ☐ Solo con la madre ☐ Solo con el padre ☐ Tutor legal

INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR (LA MISMA QUE SE INGRESÓ EN EL PORTAL FAMILIAR)

Nombre del padre/madre/tutor	Relación con el/la estudiante	Correo electrónico
Número de teléfono principal	Número de teléfono secundario	Otro número de teléfono
Nombre del padre/madre/tutor	Relación con el/la estudiante	Correo electrónico
Número de teléfono principal	Número de teléfono secundario	Otro número de teléfono

CONTACTOS DE EMERGENCIA ALTERNATIVOS (LOS MISMOS QUE SE INGRESARON EN EL PORTAL FAMILIAR)

Apellido	Nombre	Relación con el/la estudiante
Número de teléfono principal	Número de teléfono secundario	
Apellido	Nombre	Relación con el/la estudiante
Número de teléfono principal	Número de teléfono secundario	

Complete la información médica que se encuentra en el reverso de este formulario.

Número de identificación del estudiante: Número de aula: **FORMULARIO MÉDICO DEL ESTUDIANTE****INFORMACIÓN MÉDICA**Nombre del médico Número de teléfono ¿El estudiante es alérgico a las picaduras de abeja? ☐ SÍ ☐ NOEn caso afirmativo, explique la reacción y el tratamiento: Enumere cualquier alergia que tenga el estudiante a medicamentos, alimentos u otras sustancias: Enumere todos los medicamentos que el estudiante toma diariamente:*

Por favor, indique si el estudiante presenta alguna de las siguientes condiciones (marque la casilla):

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Asma | ☐ Gafas o lentes de contacto | ☐ Dolores de cabeza por migraña |
| ☐ Diabetes | ☐ Problema de audición/Audífono | ☐ Trastorno convulsivo |
| ☐ Problema cardíaco | ☐ Trastorno por Déficit de Atención | |
| ☐ Problema psicológico (depresión, ansiedad, dificultades sociales o de comportamiento) | | |

Otras enfermedades/afecciones crónicas que requieren atención especial: Autorizo a compartir la información médica confidencial mencionada anteriormente con personal escolar selecto: ☐ SÍ ☐ NOIndique el tipo de seguro médico: ☐ Privado ☐ CHIP ☐ Asistencia médica ☐ NingunoOtro:

Doy mi autorización para que este estudiante reciba el siguiente medicamento (DEBE marcar SÍ o NO para cada medicamento):

- | | | | |
|---|---|---|---|
| Tylenol
(Paracetamol) | Advil
(Ibuprofeno) | Benadryl
(Difenhidramina) | TUMS
(antiácido – carbonato de calcio) |
| ☐ SÍ ☐ NO | ☐ SÍ ☐ NO | ☐ SÍ ☐ NO | ☐ SÍ ☐ NO |

Firma del padre, madre o tutor legal: Fecha:

Se requiere una orden médica y el permiso de los padres para administrar cualquier medicamento adicional a los estudiantes. Los estudiantes NO pueden llevar ningún medicamento consigo en la escuela (excepto EpiPens, inhaladores o insulina con la documentación médica correspondiente). Todos los medicamentos deben guardarse de forma segura en la enfermería y ser administrados por la enfermera. Si su hijo/a necesita tomar algún medicamento durante el horario escolar, este debe proporcionarse en un frasco de farmacia etiquetado o en su envase original. Un padre o un adulto responsable debe transportar todos los medicamentos controlados a la escuela. Comuníquese con la enfermera escolar para obtener información sobre la administración de medicamentos y para completar el formulario correspondiente.