

ROBERTSON COUNTY SCHOOL NURSING SERVICES

Formulario Historial sobre la Salud del Estudiante 2026 – 2027

Nombre del Estudiante:		Grado:	FDN:
Dirección:			
Nombre del Padre (letra de molde):		# de Teléfono del Padre:	
Información de Contacto en Caso de Emergencia			
Nombre del Contacto de Emergencia	Relación al estudiante	Número de teléfono:	
1.)			
2.)			
3.)			

1. Ha sido diagnosticado el estudiante con alguna condición médica? SI NO
Por favor circule: Asma Diabetes Convulsiones
Por favor indique cualquier otra condición o información medica: _____
Se le ha recetado al estudiante medicamentos para el asma? SI NO
Se le ha recetado al estudiante medicamentos para las convulsiones? SI NO
• Si se requerirán medicamentos en la escuela, el padre/tutor debe proporcionar el medicamento, la orden del médico y el consentimiento de los padres.
• Por favor, póngase en contacto con la enfermera de la escuela para los formularios correctos.
Por favor indique el tipo de convulsiones: _____
Fecha de la última convulsión: _____
2. Tiene el estudiante alguna alergia significativa a alimentos o insectos? SI NO
Liste la alergia y reacción específicas si se exponen a su alérgeno: _____

Tiene el estudiante un Epi-pen prescrito? SI NO
• Si se requiere un Epi-pen en la escuela, el padre/tutor debe proporcionar el Epi-pen, la orden del médico y el consentimiento de los padres.
• Por favor, póngase en contacto con la enfermera de la escuela para los formularios correctos. Las alergias a los alimentos requieren una orden del médico en el archivo.
• Consulte a la enfermera de la escuela para obtener la documentación correcta.
3. Está el estudiante tomando medicamentos actualmente? SI NO
Nombre del medicamento: _____ Cuando se toma: _____
• Si se requerirán medicamentos en la escuela, el padre/tutor debe proporcionar el medicamento, la orden del médico y el consentimiento de los padres.
• Por favor, póngase en contacto con la enfermera escolar para los formularios correctos.
4. Ha sido el estudiante hospitalizado recientemente o ha estado bajo el cuidado de un médico? SI NO
Por favor describa: _____
Fecha en que ocurrió: _____ Tipo de tratamiento recibido: _____
5. Se le ha diagnosticado al estudiante algún problema conductual o emocional? SI NO
Por favor explique: _____
6. Tiene el estudiante algún problema de audición o utiliza audífonos? SI NO
Por favor explique: _____
7. Hay alguna razón por la cual el estudiante no pueda participar en la clase de educación física? SI NO
• Si es así, por favor explique: _____

Nombre del doctor del estudiante: _____ Fecha de la última visita: _____

**** A excepción de los medicamentos de emergencia (Inhaladores, Epi-pens, Glucagon) que están acompañados por una orden de un médico, ¡LA POLÍTICA DE LA JUNTA NO PERMITE QUE LOS ESTUDIANTES LLEVEN CUALQUIER MEDICAMENTO CON ELLOS A LA ESCUELA! Tanto los medicamentos recetados como los de venta libre requieren documentación específica para estar archivada con la enfermera. Si su hijo necesita medicamentos en la escuela, comuníquese con la enfermera de la escuela para obtener la documentación correspondiente.**

**** Los padres son responsables de notificar a la enfermera escolar sobre cualquier novedad de salud que ocurra a lo largo del año escolar.**

**** Consentimiento de salud: Su firma en este documento otorga su consentimiento para que el enfermero escolar, u otras personas que actúen en nombre del sistema escolar, brinden servicios básicos de salud, incluyendo el tratamiento de enfermedades, lesiones y/u otros cuidados no urgentes. Su firma también autoriza a la enfermera escolar a compartir la información de salud de su hijo(a) con el personal de la escuela y a hablar sobre el cuidado de su hijo(a) con los proveedores de atención médica, según sea necesario, para proteger mejor a su hijo(a) en el entorno escolar.**

FIRMA DEL PADRE/TUTOR _____ FECHA _____