



Districto Escolar del Condado de Douglas

Servicios de Salud para Estudiantes

ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LA SALUD

cha: _____, 20____

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Maestra/o

(____) _____ (____) _____ (____) _____ M F

Numero de Telefono _____ Numero de Telefono _____ Numero de Celular _____ Genero _____ Grado _____

Nombre de Padre _____

Nombre de Madre _____

Contacto de Emergencia _____

Numero de telefono del contacto de emergencia _____

Nombre de Medico _____

Numero de telefono del medico _____

PROBLEMAS DE SALUD ACTUALES

(por favor marque los que se apliquen)

☐ NO HAY DISABILIDADES

☐ SU NIÑO HA TENIDO LA ENFERMEDAD DE LA
varicela? YES NO

☐ ENFERMEDAD DE ASTHMA

☐ ALERGIAS: (COMIDA, INSECTOS,
MEDICAMENTOS, OTRO) _____

☐ REACCIÓN SEVERA

A: _____

☐ OPERACIONES EN EL
PASADO: _____

☐ DIABETES

☐ DESORDEN DE ASIMIENTO

☐ ADD/ADHD

☐ ESTUDIANTE USA:

☐ LENTES

☐ CONTACTOS

☐ DETERIORO DE OÍDO / PRÓTESIS DE
OÍDO

☐ ENFERMEDAD NEUROLÓGICA
DIAGNOSTICO ESPECIFICO: _____

☐ ENFERMEDAD MUSCULAR

☐ PROBLEMA ORTOPÉDICO
DIAGNOSTICO ESPECIFICO: _____

☐ PROBLEMA DEL CORAZON
DIAGNOSTICO ESPECIFICO: _____

☐ OTRO: _____

***PORFAVOR EXPLIQUE COMO ESTAS CONDICIONES EN LA PAGINA DE ATRAS DE ESTA FORMA.**

Su hijo/a es capaz de tomar educación de física?

Yes ☐ No ☐

Su hijo/a necesita medicamentos?

Yes ☐ No ☐

Si es así, usted debe llenar el Formulario de Solicitud de Asistencia de Medicamentos (en el otro lado) para todos los medicamentos tomados en la escuela y esto incluye los medicamentos recetados y medicamentos de venta libre

Esta recibiendo medicina?

Yes ☐ No ☐

(Si, cual es el nombre de la medicina) _____

En caso que mi hijo se encuentre seriamente enfermo o se daña en la escuela, les doy mi consentimiento de transportar y tratar a mi hijo/a por este medio según lo necesario por los personales de la escuela y la institución médica de recepción. Entiendo que yo como padre soy responsable de todos los costos

FIRMA DE PADRES

FECHA