



DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD Historial de Salud 2015-16

Nombre del estudiante: _____ Género M/F: ____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: ____
(apellido(s)) (primer nombre)

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa: _____ El estudiante vive con: _____

Nombre del padre: _____ Lugar de empleo: _____

Teléfono de casa del padre: _____ Teléfono del trabajo: _____ Celular: _____

Nombre de la madre: _____ Lugar de empleo: _____

Teléfono de casa de la madre: _____ Teléfono del trabajo: _____ Celular: _____

EN CASO DE ENFERMEDAD O EMERGENCIA, SE CONTACTARÁ PRIMERO A LOS PADRES. Enumere dos contactos aparte de los padres para situaciones de emergencia.

Nombre n.º 1: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre n.º 2: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Información médica para el personal escolar

Mi hijo no tiene ningún problema médico que afecte su día escolar.

¿Se deber restringir la actividad física? Sí No

Para los que tienen alguna enfermedad, enumere los medicamentos que toma su hijo en la actualidad:

Medicamento _____ Dosis _____ Hora _____

En caso afirmativo ¿de qué manera? _____

¿Tiene el estudiante un 504? Sí No

¿Tiene el estudiante un IEP? Sí No

Pienso que la condición médica de mi hijo/a limita considerablemente una o más de sus actividades principales de la vida diaria.

Enumere cualquier alergia grave/con peligro para la vida que requiera medicación _____
Provea detalles

Alimentos Necesita Epi-Pen _____

Insectos/abejas Necesita Epi-Pen _____

Medicamentos Necesita Epi-Pen _____

Otra _____

Médico de cabecera del menor: _____

Número de teléfono del médico: _____

Seguro Privado Medicaid/HHW Ninguno

Marque las casillas si su hijo tiene cualquiera de los siguientes problemas:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> TDA/TDAH (Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, ADD/ADHD) | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Alergias que no ponen la vida en peligro. Tipo _____ | <input type="checkbox"/> Historial de tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> tiene inhalador | <input type="checkbox"/> Migrañas con medicamento recetado |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Cuidado psicológico/psiquiátrico _____ |
| <input type="checkbox"/> Fibrosis quística | <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo <input type="checkbox"/> necesita Diastat |
| <input type="checkbox"/> Cáncer Tipo _____ | <input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica <input type="checkbox"/> enfermedad <input type="checkbox"/> rasgo |
| <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II | <input type="checkbox"/> Procedimientos especiales necesarios _____ |
| <input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza/conmoción cerebral | <input type="checkbox"/> Otra _____ |

¿Ha estado hospitalizado su hijo en el último año? Sí No

¿Motivo? _____

Debería haber un **Plan de Salud Individual** para estudiantes con enfermedades como asma, diabetes, convulsiones y alergias graves. Algunos de estos planes requieren la firma de un médico. Para asegurar la seguridad de su hijo, póngase en contacto lo antes posible con la enfermera de su escuela para completar el plan.

for internal use only (solo para uso interno)

Care plans sent to parent for completion Date _____

Care Plan's returned to school Date _____

Para asegurar el cuidado de mi hijo, he leído y estoy de acuerdo en que se dará información pertinente sobre la salud de mi hijo al personal apropiado de la escuela. Solo se proporcionará la información que sea necesaria y de manera confidencial. Estoy de acuerdo en que la enfermera de la escuela puede consultar con el(los) médico(s) de cabecera de la familia sobre la(s) condición(es) de salud arriba indicada(s). Estoy de acuerdo en avisar por escrito a la enfermera de la escuela y al maestro(a) de mi hijo de cualquier cambio en la medicación o estado de salud de mi hijo. Daré a la escuela un número de teléfono y dirección actualizados para casos de emergencia. Este permiso estará en vigor durante un año a partir de la fecha de abajo, a menos que lo anule por escrito. En caso de que se produzca una emergencia en la que esté involucrado su hijo, la política de esta corporación escolar es la de administrar primeros auxilios hasta ponerse en contacto con los padres para recibir instrucciones adicionales sobre cómo proceder. Solo después de haber intentado contactar con los padres sin éxito se llamará a un médico y solo en casos extremos se llevará a su hijo(a) a un hospital o se llamará al 911.

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____