



SERVICIOS DE SALUD Y BIENESTAR

Historial de Salud Personal 2022-23

Nombre del estudiante: _____ Sexo: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

teléfono _____ ¿Puede la enfermera enviar mensajes de texto? sí no

Mi hijo no tiene problemas médicos que afecten el día escolar.

¿El estudiante tiene un 504? SÍ NO

¿Tiene el estudiante un IEP? SÍ NO

Creo que la(s) condición(es) médica(s) de mi hijo(a) limita sustancialmente una o más de sus principales actividades de la vida.

Enumere cualquier **alergia grave que ponga en peligro la vida y que requiera medicación**

Por favor enumere los detalles

Necesita Epi-pen para: _____

Marque las casillas si su hijo tiene alguno de los siguientes problemas

ADD/ADHD Lesión en la cabeza/conmoción cerebral Enfermedad pulmonar Antecedentes de COVID

Migrañas con medicamentos recetados

Psicológico/psiquiátrico Tiene diagnóstico médico de dislexia Tiene diagnóstico médico de daltonismo

Describir: _____

Alergias que no pongan en peligro la vida

Describir: _____

Convulsión

Medicamentos de emergencia para convulsiones: _____

Asma Tiene inhalador SÍ NO

Autismo Fibrosis Quística

Célula falciforme Enfermedad o Rasgo

Tipo de cáncer: _____

Diabetes Tipo I Tipo II

Procedimientos especiales necesarios _____

Otro _____

El estudiante es un padre

Deben existir planes de salud individuales para los estudiantes con afecciones como asma, diabetes, convulsiones y alergias graves. Algunos de estos planes de salud requieren la firma de un médico. Para garantizar la seguridad de su hijo, comuníquese con la enfermera de la escuela lo antes posible para completar estos planes.

Para garantizar el cuidado de mi hijo, leo y acepto que la información de salud pertinente se proporcione al personal escolar apropiado. Esto se hará solo sobre la base de "necesidad de saber", de manera confidencial. Acepto que la enfermera de la escuela pueda consultar con el médico de familia de mi hijo sobre las condiciones médicas anteriores. Acepto alertar a la enfermera de la escuela y al maestro de mi hijo, por escrito, sobre cualquier cambio en los medicamentos y/o el estado de salud del niño. Proporcionaré a la escuela un número de teléfono y una dirección actuales en caso de una emergencia. El permiso anterior será válido por un año a partir de la fecha a continuación, a menos que revoque el permiso por escrito. En caso de una emergencia que involucre a su hijo, es política de esta cooperación escolar llamar a un médico, y solo en casos extremos su hijo será llevado al hospital o se llamará al 911.

padre/tutor _____ Fecha _____