

HISTORIA MEDICA DEL ESTUDIANTE

Este formulario es para proveer a la enfermera de la escuela (y al personal de la escuela y del distrito si es necesario) la información con respecto a la salud de su estudiante. La enfermera de la escuela podría contactarse con usted para mas información si es necesario. La información que se requiere es considerada esencial para saber las necesidades de su hijo(a). Esta información será mantenida confidencial. Por favor complete este formulario y devuelvalo a la escuela de su hijo(a) o a la Oficina de las Enfermeras de la Escuela.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____
Escuela: _____ Grado: _____ Teléfono: _____
Doctor/clinica del estudiante: _____ Teléfono del doctor: _____

Por favor marque los cuadritos que se relacionen con los problemas de salud de su hijo(a).

ADD/ADHD	DIABETES
ALERGIAS	Insulina
Picadura de abeja	Bombeador de insulina
Maní/cacahuete	PROBLEMAS DEL OIDO
Nueces de árbol	PROBLEMAS DEL CORAZON (explique)_____
Otros (especifique):_____	
ALERGIA SEVERA (ANAFILAXIA)	HIDROCEFALIA (acumulación de líquido en el cerebro)
Epinaferina*	MIGRAÑAS
ANEMIA	LESIONES SERIAS
ASMA	OTRO (por favor explique)_
Inhalador*	
PROBLEMAS INTESTINALES Y DE LA VEJIGA _____	
DEPRESION _____	

NO PROBLEMAS MEDICOS ACTUALMENTE

Las Enfermeras de la Escuela tienen Planes del Cuidado de la Salud para los problemas de salud mencionados arriba. Los Planes del Cuidado de la Salud deben ser actualizados anualmente (a no ser que ocurran cambios de inmediato). Si a usted le gustaría que las Enfermeras de la Escuela se contacten con usted para crear y/o actualizar un Plan del Cuidado de la Salud para su estudiante, por favor marque el cuadrito apropiado.

Por favor contáctese conmigo para crear/revisar un plan de salud

No deseo ser contactado para crear/revisar un plan de salud

Por favor haga una lista de cualquier medicina que su estudiante esté tomando para las condiciones de salud mencionadas arriba: _____

*Un formulario de medicinas tiene que ser completado y devuelto a la escuela antes que se pueda dar cualquier medicina. Esto incluye una medicina que el estudiante se la aplique a sí mismo, como inhaladores y epinaferina. Por favor contáctese con la oficina de la escuela de su hijo(a) o la Oficina de las Enfermeras de la Escuela para obtener los formularios necesarios y/o por una copia de las Reglas del Distrito de las Medicinas

Doy permiso al Distrito Escolar de Box Elder que dé tratamiento médico de emergencia en caso de una necesidad médica, transportar si es necesario y dar esta información a todo el personal apropiado de la escuela y/o al personal de la ambulancia/emergencia (EMS/ER).

Mi firma abajo indica que he leído y comprendido las declaraciones de arriba. Actualizaré ésta información si es que ocurren cambios.

Firma del padre o apoderado: _____ Fecha: _____