

REVISIÓN DE HISTORIAL MÉDICO ANUAL / _____ HIGH SCHOOL (2012-13)

Nombre Completo del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____ Maestra/o de Homeroom: _____

Nombre de Padres: _____ Teléfono (T) _____ (H) _____ (C) _____

Dirección: _____ Doctor del estudiante: _____ Teléfono: _____

Dirección de Email: _____ Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____

Monta en Autobús de Escuela: # _____ Monta en Carro: _____ Chofer: _____ *Para el uso el la enfermera escolar solamente:* _____

Por Favor Marque (✓) Las Condiciones Médica que aplique a su niño/a:

✓ CONDICION	TRATAMIENTO NECESITADO	EXPLICACIÓN (si necesario)
<input type="checkbox"/> ALERGIAS CON RIESGO A LA VIDA ABEJAS: _____ COMIDAS: _____ MEDICAMENTOS: _____ OTRA(S): _____	¿Necesita medicamentos de emergencia? ¿Que tratamiento es necesario?	¿Epi- Pen? ¿Benadryl? ¿El estudiante tiene los medicamentos necesarios en la escuela?
<input type="checkbox"/> ASMA	¿Inhalador? _____ Tipo: _____	¿El estudiante tiene el inhalador en la escuela?
<input type="checkbox"/> DIABETES TIPO 1: _____ TIPO 2: _____	¿Su niño/a usa una bomba de insulina?	¿Su niño/a toma otro(s) medicamento(s)? <i>(Si pone que sí, lista los medicamentos y la dosis)</i>
<input type="checkbox"/> EPILEPSIA/CONVULSIONES	¿Con que frecuencia tiene su niño/a ataques?	¿Su niño/a toma medicamentos? ¿En casa? ¿En la escuela?
<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DEL CORAZON	¿Qué condición tiene su niño/a?	
<input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD FÍSICA	Por favor de describir alguna discapacidad o limitación física.	
<input type="checkbox"/> ALGÚN OTRO PROBLEMA DE SALUD <i>(Por favor, sea específico, utilice el otro lado del papel, si es necesario)</i> Adjunte cualquier documentación médica a esta hoja.		

****Padres deben proporcionar la escuela con cualquier otro medicamento que el niño/a necesita. LOS PADRES DEBEN TRAER A LA ESCUELA LA MEDICINA EN SU ENVASE ORIGINAL.** El permiso por escrito y las instrucciones para la administración de medicamentos debe ser archivado en la escuela. Los formularios están disponibles en la oficina escolar. *Su firma confirma que la información anterior esta exacta y puede ser utilizada por el sistema escolar y la enfermera escolar para actualizar el registro de salud de su hijo/a. También le da permiso a la enfermera escolar para llevar a cabo pruebas de evaluaciones MÍNIMAS (presión arterial, temperatura, etc) y de primeros auxilios (hielo, pomada antibiótica, crema de hidrocortisona, spray de la garganta Chloraseptic, Orajel, vendas, etc. según sea necesario) a su hijo/a en caso de enfermedad o herida en la escuela.*

Padres y/o Tutor Legal

Fecha