

INFORMACION DE SALUD DEL ESTUDIANTE

GRADO _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

PADRES/ENCARGADO: _____ Teléfono-Casa _____
Trabajo _____

Contacto de emergencia si los padres no están disponibles:

1. _____ Teléfono _____
2. _____ Teléfono _____

HISTORIA MEDICA DEL ESTUDIANTE:

Dolor de oídos frecuente, infecciones, resfrios	Sangrado de nariz frecuente	Problemas del Corazón
Problemas con riñones o vejiga	Defectos físicos	Asma
Eczema/ Problemas de la piel	Tuberculosis	Diabetes
Dolores de cabeza frecuentes	Problemas de lenguaje	Convulsiones/ataques
Problemas para escuchar	Fiebre escarlata	Fiebre Reumática
Alérgias que requiere medicina	Otros problemas de salud	

***Por favor explique problemas especiales de salud _____

ALLERGIAS:

_____ Plantas _____ Alimentos _____ Animales _____ Abejas o piquetes de insectos que necesiten
medicina _____ Medicinas _____ Otros

** Describa las reacciones alérgicas y tratamiento _____

Tiene algún problema de salud que afecte su participación en la escuela? SI _____ NO _____ Si contesto SI, por favor explique _____

El estudiante requiere tomar medicinas o tratamiento? SI _____ NO _____ Si contesto SI por favor explique _____

Usa lentes el estudiante? _____ Lentes de contacto _____

*** Yo entiendo que la información dada puede ser compartida con el personal que tenga necesidad de conocerla.

En el caso de emergencia médica, yo doy mi permiso al personal del distrito para buscar atención médica para el estudiante arriba mencionado a la facilidad médica más cercana. Yo entiendo que seré notificado tan pronto como sea posible por el personal del distrito.

FIRMA DEL PADRE: _____ FECHA: _____

COMPañIA ASEGURADORA DE SALUD: Nombre _____

Poseedor de la Póliza _____ Número de la Póliza _____