



(uso interno) Health Services use only:

Revisado/Ingresado por _____

2019-20

HISTORIAL DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Para ser completado por el padre, madre o tutor

Escuela _____ Grado _____ Maestro de *homeroom* _____

Nombre del estudiante _____ Sexo ____ Fecha de nacimiento _____

Madre/Tutora _____ Relación _____ Teléfono 1 _____ Teléfono 2 _____

Padre/Tutor _____ Relación _____ Teléfono 1 _____ Teléfono 2 _____

Contacto de emergencia 1 _____ relación _____ teléfono _____

Contacto de emergencia 2 _____ relación _____ teléfono _____

¿Tiene su niño algún problema de salud que la enfermera necesite saber? No Sí

Si respondió Sí, describa _____

Mi hijo ha sido diagnosticado con un problema de salud grave o de riesgo para la vida (describa):

- Reacción alérgica grave _____
- Asma _____
- Diabetes _____
- Trastorno convulsivo _____
- Problema del corazón _____
- Enfermedad crónica o recurrente _____
- Otro problema grave de salud _____

Mi hijo requiere procedimientos especiales para su problema de salud: No Sí (mencione): _____

MEDICAMENTOS

Los padres o tutores (no el estudiante) deberán proveer y entregar todas las medicaciones a la enfermera de la escuela en el envase original o etiquetado por la farmacia. Se requiere permiso escrito antes de dar medicación en la escuela. Los formularios para medicación están disponibles en la clínica de la escuela o el sitio web de Servicios de Salud de WCS.

No Sí Medicina de emergencia necesaria en la escuela (mencione): _____

No Sí Otras medicinas necesarias en la escuela (mencione): _____

No Sí Medicación necesaria en casa (mencione): _____

No Sí Medicina para alergias (mencione): _____

Toda información médica se considera confidencial. La información médica relevante se compartirá con el personal y socorristas solo según sea necesario para mantener y promover la salud y seguridad del estudiante.

Firma del padre, madre o tutor _____ Fecha _____