

IDENTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES MÉDICAS DEL ALUMNO

LOS PADRES/TUTORES LEGALES DEBERAN COMPLETAR ESTE FORMULARIO YESGRESO A LA ENFERMADE ESCUELA

Nombre del alumno _____ Fecha de nacimiento _____
 Maestro/Profesor _____ Grado _____
 Hermanos matriculados en CCSD: Equipo _____
 Nombre _____ Grado _____
 Nombre _____ Grado _____ Escuela _____
 Nombre _____ Grado _____ Escuela _____
 Nombre _____ Grado _____ Escuela _____
 Nombre del padre/madre/tutor legal _____
 Teléfono de casa _____ Teléfono del trabajo _____
 Teléfono celular _____ Médico Teléfono _____
 Médico _____

¿Su hijo es alérgico a alguna medicina? Sí No Si la respuesta es sí, por favor lista. _____

Historia médica: Por favor marque si su hijo ha tenido o tiene ahora:

	AHORA	PASADO		AHORA	PASADO
ASMA TRATADO CON MEDICINA			SANGRA LA NARIZ		
DIABETES			PROBLEMAS RESPIRATORIO		
CONVULSIONES/EPILEPSIA			CÁNCER		
PROBLEMAS CARDÍACOS			PROBLEMAS EN LOS RIÑONES		
DOLORES DE CABEZA			PROBLEMAS EN LA SANGRE		
ENFERMEDADES DE LA PIEL			OTRO:		
*ALERGIAS (VER ABAJO)			OTRO:		

Por favor describa a continuación cualquier otro problema médico: _____

¿Su hijo tiene alguna discapacidad física, auditiva o visual? Sí No En el caso de responder sí, explique: _____

¿Su hijo necesita que se le realice un procedimiento médico durante el horario escolar? Sí No

Por favor anote el procedimiento: _____

*¿Su hijo es alérgico a algún alimento o insecto? Sí No

Por favor anote cuál o cuáles _____

*¿Su hijo ha experimentado una reacción alérgica grave (anafilaxis) en el pasado (que haya incluido entre otras cosas, dificultad para respirar o conmoción)? Sí No

*¿Le tuvieron que aplicar un inyector de epinefrina de emergencia debido a una reacción alérgica grave (anafilaxis)? Sí No

Por favor describa a continuación cuáles fueron las circunstancias: _____

Anote todas las medicinas que su hijo esté tomando, sobre las cuales deba estar informado el personal escolar o la enfermera de la escuela: _____

La escuela sólo podrá administrar medicina después de que se haya completado un formulario de autorización por cada medicina. La medicina deberá ser provista por los padres.

Firma Del Padre/Madre/Tutor Legal

Fecha