

**Distrito Escolar #7 de Wood Dale
Historia de Salud de Estudiante
y
Información Medica de Emergencia**

Nombre de Estudiante:		Escuela:
Nombre de Padre/Guardián:	Grado/Maestro/a:	Fecha de Nacimiento:
Teléfono de Casa:	Teléfono de Trabajo:	Teléfono Celular:

En un esfuerzo para proporcionar los mejores servicios de salud para su hijo/a y para mantener el registro de su hijo/a en la escuela complete y actualizado, le pedimos su cooperación en proveer la siguiente información.

La información contenida en este formulario es confidencial y solo será compartida con el personal de la escuela o en casos de emergencias medicas, según se considere necesario para la seguridad de su hijo/a.

Tiene su hijo/a:

Alergias*** <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso que Si, cual alergia tiene su hijo/a:	Es necesario el medicamento en la escuela: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
---	---	--

*****Si su hijo/a tiene una alergia de comida, por favor complete la información en el reverse de este formulario.**

Asma <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso que si, describa causas y síntomas:	Es necesario el medicamento en la escuela: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
ADD/ADHD <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Es necesario el medicamento en la escuela: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Diabetes <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso que si, adjunte plan de atención:	Es necesario el medicamento en la escuela: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Convulsiones <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso que si, describa el tipo y el tratamiento:	Es necesario el medicamento en la escuela: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Problema del Corazón <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso que si, describa:	Es necesario el medicamento en la escuela: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Problema de la Visión <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Usa lentes o contactos su hijo/a? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cuando fue el ultimo examen de ojos?
Problema de audición <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso que si, describa:	Usa audifono(s) su hijo/a? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Problema Ortopédico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso que si, describa:	Lista de restricciones, si las hubiera:

Otras preocupaciones de salud: (Por favor describa)

Esta su hijo/a tomando algún medicamento regularmente: Si No En caso que Si, por favor escriba:

<u>Medicamento</u>	<u>Medicamento</u>	<u>Medicamento</u>
Nombre: _____	Nombre: _____	Nombre: _____
Dosis: _____	Dosis: _____	Dosis: _____
Hora: _____	Hora: _____	Hora: _____
Condición/razón para medicamento: _____	Condición/razón para medicamento: _____	Condición/razón para medicamento: _____
<input type="checkbox"/> Tomara en su casa <input type="checkbox"/> Tomara en la escuela	<input type="checkbox"/> Tomara en su casa <input type="checkbox"/> Tomara en la escuela	<input type="checkbox"/> Tomara en su casa <input type="checkbox"/> Tomara en la escuela

Cualquier estudiante que requiera medicamento regularmente en la escuela tendrá que tener una forma completa de permiso para medicamento en su archivo, cual incluya la firma del padre, información de contacto y las instrucciones y firma del doctor.

Firma de Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Por favor regrese esta forma a la escuela de su hijo/a.