

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.

Historia de Alergias a los Alimentos

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Maestro/a: _____

Es alérgico a: _____

- ¿Es su hijo/a asmático? Si** No **Mayor riesgo de reacción grave
- ¿Tiene su hijo/a reacciones a la contaminación cruzada? Si No
- ¿Tiene su hijo/a reacciones a la contaminación transmitida por el aire? Si No
- ¿Cuándo y cómo usted se enteró de la alergia?

-
- ¿Cuándo fue la última vez que su hijo/a ha tenido una reacción?

-
- Describa las causas y síntomas de la reacción:

-
- ¿Que tipo de tratamiento médico debe ser proporcionado para su hijo/a?
 Epinefrina Antihistamínico Otro: (por favor indique) _____
 - ¿Necesita su hijo/a un área para comer libre de alérgenos? Si No
 - Me gustaría que el medicamento de emergencia de mi hijo/a se mantenga:
 Oficina de la Escuela Salón Oficina de la Escuela y Salón
 - Si el medicamento de emergencia se mantiene en el salón, el medicamento debe ser transportado por personal de la escuela donde quiero que ande mi hijo/a adentro de la escuela: Si No
 - Me gustaría acompañar a mi hijo/a en las excursiones: Si No
 - Los estudiantes en el salón deben ser alentados a lavarse las manos al llegar a la escuela y después de comer: Si No
 - Yo voy a ofrecer una merienda libre de alérgicos que no sea refrigerado para que este disponible en el salón, si es necesario: Si No

Por favor indique otros alojamientos necesarios en la escuela u otras inquietudes que nos quiera comunicar:

Firma de Padre: _____ Fecha: _____