



SERVICIOS DE SALUD Y BIENESTAR

Historial de Salud Personal 2017-18

Nombre del estudiante:	Identificación de estudiante:	Sexo:	Fecha de nacimiento:	Grado:
Dirección: _____	Ciudad: _____	Estado: _____	Código postal: _____	

Teléfono de notificación núm. 1: _____ <input type="checkbox"/> Solo para situaciones de emergencia <b>Cabeza de familia núm. 1</b> Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____ Tel. de casa: _____ Tel. del trabajo: _____ Celular: _____	Teléfono de notificación núm. 2: _____ <input type="checkbox"/> Solo para situaciones de emergencia <b>Cabeza de familia núm. 2 (si procede)</b> Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____ Tel. de casa: _____ Tel. del trabajo: _____ Celular: _____
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**EN CASO DE ENFERMEDAD O EMERGENCIA, SE CONTACTARÁ PRIMERO A LOS PADRES/TUTORES. Enumere dos contactos aparte de los padres para situaciones de emergencia.**

Nombre: _____	Nombre: _____
Relación con el estudiante: _____	Relación con el estudiante: _____
Teléfono de casa: _____	Teléfono de casa: _____
Tel. del trabajo: _____	Tel. del trabajo: _____
Celular: _____	Celular: _____

**Información médica para el personal escolar**

Mi hijo no tiene ningún problema médico que afecte su día escolar.      ¿Se deber restringir la actividad física?     SÍ  NO

Para los que tienen alguna enfermedad, enumere los medicamentos que toma su hijo en la actualidad.      En caso afirmativo, por favor explique su respuesta: \_\_\_\_\_

<u>Medicamento</u>	<u>Dosis</u>	<u>Hora</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Tiene el estudiante un 504?     SÍ  NO

¿Tiene el estudiante un Plan de Educación Individualizado (IEP, por su sigla en inglés)?     SÍ  NO

Pienso que las enfermedades de su hijo limitan significativamente una o más de sus actividades principales de la vida diaria.

Médico de cabecera del menor: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del médico: \_\_\_\_\_

Seguro  Privado     Medicaid/HHW     Ninguno

¿Ha estado hospitalizado su hijo en el último año?     SÍ  NO

En caso afirmativo, por favor explique su respuesta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Enumere cualquier alergia grave con peligro para la vida que requiera medicación

Provea detalles

- Alimentos  Necesita Epi-Pen \_\_\_\_\_
- Insectos/abejas  Necesita Epi-Pen \_\_\_\_\_
- Medicamentos  Necesita Epi-Pen \_\_\_\_\_
- Otro  Necesita Epi-Pen \_\_\_\_\_

Marque las casillas si su hijo tiene cualquiera de los siguientes problemas:

- Trastorno por Déficit de Atención/Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (ADD/ADHD por sus siglas en inglés)
- Lesión en la cabeza/conmoción cerebral  Enfermedad pulmonar  Historial de tuberculosis  Migrañas con medicamento recetado
- Cuidado psicológico/psiquiátrico  
Describir: \_\_\_\_\_
- Alergias que no ponen la vida en peligro  
Describir: \_\_\_\_\_
- Asma Tiene un inhalador  Sí  NO
- Autismo  Fibrosis quística  Convulsiones  Necesita Diastat
- Anemia drepanocítica  Enfermedad o  Rasgo
- Cáncer Tipo: \_\_\_\_\_
- Diabetes  Tipo I  Tipo II
- Procedimientos especiales necesarios \_\_\_\_\_
- Otro \_\_\_\_\_

Debería haber un Plan de Salud Individual para estudiantes con enfermedades como asma, diabetes, convulsiones y alergias graves. Algunos de estos planes requieren la firma de un médico. Para asegurar la seguridad de su hijo, póngase en contacto lo antes posible con la enfermera de su escuela para completar el plan.

For internal use only (solo para uso interno)

- Care plan sent to parent for completion Date \_\_\_\_\_
- Care plan returned to school Date \_\_\_\_\_

Para asegurar el cuidado de mi hijo, he leído y estoy de acuerdo en que se dará información pertinente sobre la salud de mi hijo a personal apropiado de la escuela. Solo se proporcionará la información que sea necesaria y de manera confidencial. Estoy de acuerdo en que la enfermera de la escuela puede consultar con el(los) médico(s) de cabecera de mi hijo sobre la(s) condición(es) de salud arriba indicada(s). Estoy de acuerdo en avisar por escrito a la enfermera de la escuela y al maestro(a) de mi hijo de cualquier cambio en la medicación o estado de salud de mi hijo. Daré a la escuela un número de teléfono y dirección actualizados para casos de emergencia. Este permiso estará en vigor durante un año a partir de la fecha de abajo, a menos que lo anule por escrito. En caso de que se produzca una emergencia en la que esté involucrado su hijo, la política de esta corporación escolar es la de llamar a un médico; solo en casos extremos se llevará a su hijo al hospital.

Nombre del padre, madre o tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_