

NOMBRE DE ESTUDIANTE: _____
Apellidos _____ Nombre _____

Fecha de Nacimiento: _____ Grado y maestra de salón de clases: _____ No. de autobús: _____

Guardián #1 - Nombre y dirección: _____

Celular de Guardián #1: _____ Tel trabajo: _____ Tel. casa: _____

Correo Electrónico de Guardián #1: _____ Relación con estudiante: _____

Empleador: _____ Trabajo: _____

Guardián #2 - Nombre y dirección: _____

Celular de Guardián #2: _____ Tel. trabajo: _____ Tel. casa: _____

Correo Electrónico Guardián #2: _____ Relación con Estudiante: _____

Empleador: _____ Trabajo: _____

Si no se puede comunicar con los Padres/Guardianes, llame a los siguientes contactos de emergencia:

1. _____
Nombre /Teléfono /Relación con estudiante

2. _____
Nombre /Teléfono /Relación con estudiante

3. _____
Nombre /Teléfono /Relación con estudiante

Doctor de Familia Nombre y Teléfono: _____

Dentista de Familia Nombre y Teléfono: _____

Información del Seguro Médico: _____

Le doy permiso a la enfermera a administrar los siguientes medicamentos a mi hijo/a si se necesita:

***** (marque por favor cada uno de los medicamentos que autorice a la enfermera dar)*****

_____ Ibuprofen (Advil/Motrin) _____ Benadryl _____ Tums _____ Spray antibiótico

_____ Acetaminofeno (Tylenol) _____ Anbesol _____ Pastillas para tos _____ Spray de garganta

Firma de Padre/Guardián: _____

Fecha: _____

ACTUALIZACIÓN DE LA HISTORIA DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Esta información se compartirá solamente si es necesario con el personal, la administración y personal médico de emergencia en el caso de una emergencia a menos que nos notifique lo contrario. Este formulario se mantendrá en la Oficina de la Enfermera.

Usted, su hijo(a) o alguien con quien vive ha dado positivo a COVID-19?

NO Sí ****Si su respuesta es sí, por favor contacte a la enfermera escolar.**

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Apellidos Nombre Sigla segundo nombre

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

MARQUE POR FAVOR SI SU HIJO[A] HA TENIDO PREPROBLEMAS CON CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES Y PONGA FECHAS E INFORMACIÓN ADICIONAL EN COMENTARIOS:

- | | | | | |
|----|---|---|--------------------------------------|--|
| 1. | <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Sangrado | <input type="checkbox"/> Emocional | <input type="checkbox"/> Discapacidad Física |
| | <input type="checkbox"/> Alergias a COMIDA | <input type="checkbox"/> Huesos/Espina | <input type="checkbox"/> Audición | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| | <input type="checkbox"/> Alergias NO a COMIDA | <input type="checkbox"/> Intestino/Vejiga | <input type="checkbox"/> Corazón | <input type="checkbox"/> Lenguaje |
| | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Infecciones | <input type="checkbox"/> Cirugía |
| | <input type="checkbox"/> Comportamiento | <input type="checkbox"/> Diabetes/Endocrino | <input type="checkbox"/> Riñones | <input type="checkbox"/> Visión |

OTRO (especifique): _____

COMENTARIOS/INFORMACIÓN ADICIONAL: _____

2. Tiene su hijo[a] ALGUNA alergia? SÍ (Complete esto por favor) NO

Comida (especifique) _____

¿Qué le pasa? _____

Medicina (especifique): _____

¿Qué le pasa? _____

Insectos/Animales/Ambiente (especifique): _____

¿Qué le pasa? _____

Látex/Adhesivo (especifique): _____

¿Qué le pasa? _____

3. ¿Están tratando a su hijo[a] para cualquier condición de salud actualmente?

NO SÍ (Especifique): _____

4. ¿Toma cualquier medicamento o recibe cualquier tratamiento su hijo[a]?

NO SÍ (Nombre de medicina): _____

¿Necesita su hijo[a] medicina durante las horas de la escuela?

NO SÍ ***Si es SÍ, HABLE CON LA ENFERMERA PARA ARREGLAR TODO***

¿Tiene su hijo[a] un epi-pen o inhalador?

NO SÍ ***Si es SÍ, HABLE CON LA ENFERMERA PARA MÁS INFORMACIÓN***

5. ¿Ha tenido su hijo[a] trastornos emocionales como por ejemplo (muerte, separación, divorcio, mudanza) (durante el último año)?

NO SÍ (Especifique) _____

6. Fecha del último examen de su hijo de:

Físico: _____ (Dele una copia a la enfermera, por favor)

Dentista: _____ ¿Usa su hijo[a] frenillos? NO SÍ

Ojos: _____ ¿Usa su hijo[a] lentes? NO SÍ

