

Historia de la salud de los estudiantes y formulario de consentimiento de tratamiento médico de emergencia

Nombre del estudiante _____ Grado _____ Maestro _____ Fecha _____
 Dirección _____ Edad _____ Fecha de nacimiento _____ Género _____
 Padre/Guardián _____ Teléfono _____
 Médico del estudiante/proveedor de atención médica: _____ Teléfono: _____ Proveedor de seguros: _____

Indique si el estudiante ha sido diagnosticado por un proveedor de atención médica con licencia con cualquiera de los siguientes y especifica el tipo y el tratamiento

	Yes	No	
¿Su hijo tiene problemas de salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	**** En caso afirmativo, debe proporcionar documentación/medicamento para el médico a su enfermera escolar ****
Vacunas actualizadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	#VALUE!
Alergias de medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lista de alergias de medicamentos:
Alergias a los alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comida (s): Maní Lácteos Huevos Mariscos
Alergias ambientales/estacionales			
Alergia a los insectos, por favor, enumere: (abejas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Calificar la reacción: leve, moderada o potencialmente mortal
Alergias (otras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Por favor liste: Reacción: leve, moderada o potencialmente mortal
¿Tienes un epipen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	** Si es así, debe proporcionar un EpiPen para usar en la escuela. **
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Califica la gravedad: mermelada de vida moderada leve
Medicación de asma tomada en casa: enumere la medicación de asma requerida en la escuela:			_____
¿Tienes un inhalador?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	** Si es así, debe proporcionar al inhalador para el uso de los estudiantes en la escuela. **
Trastorno de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Insuficiencia suprarrenal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo 1, tipo 2, resistencia a la insulina, otro
Lista de medicamentos para la diabetes que se administrará en la escuela:			_____ en casa: _____
Desorden neurológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trastorno convulsivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo: Medicamentos: Desencadenantes:
Conmoción cerebral/lesión en la cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fechas Instrucciones especiales:
Hipertensión (presión arterial alta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Condición cardíaca /cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Desorden sanguíneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ADD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicamento:
Problemas de salud mental/comportamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fibrosis quística	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicamento:
Problemas de vejiga/riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas estomacales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas intestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Reflujo gástrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Preocupaciones de visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vasos: Contactos:
Incurso de audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especificar: audífonos/dispositivo:
Otra enfermedad grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de inicio:
Herida grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fechas):
Cirugía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fechas):

Proporcione una lista completa del medicamento de su estudiante aquí prescrito y sin receta tomada diariamente:

La información sobre este formulario se puede compartir de manera confidencial con el personal escolar y los respondedores de emergencia según sea necesario. En el caso de una emergencia médica con mi hijo, entiendo que se hará todo lo posible para informarme. Si se necesita atención de emergencia, autorizo a los profesionales calificados a proporcionar evaluación y cualquier tratamiento de emergencia necesario. Doy su consentimiento para que se tomen fotografías médicas de mi alumno con fines de documentación/tratamiento. Entiendo que el distrito escolar no asume ninguna responsabilidad financiera por los gastos incurridos debido a accidentes, lesiones y/o circunstancias imprevistas.

Firma de los padres/guardianes: _____ Nombre impreso: _____ Fecha: _____