

Nombre: _____
Apellido(s): _____



BOLETÍN de SALUD
actualizado

Fecha de nacimiento: _____
Año: _____ Grado: _____ Hombre: _____ Mujer: _____

Favor de completar el siguiente formulario para que podamos dar a su hijo/a los mejores servicios de salud y de educación en un ambiente seguro y en modo efectivo.
Regresar este formulario a la enfermera de la escuela.

Dirección: _____ Tel.: _____ Vive con: _____
Padre: _____ Tel. Trabajo: _____ Celular: _____
Madre: _____ Tel. Trabajo: _____ Celular: _____
Padrastro/madrastra: _____ Tel.: _____ Correo electrónico: _____
Médico: _____ Tel.: _____ Fax: _____
Contactos en Emergencia: (1) _____ Tel.: _____ (2) _____ Tel.: _____

SU HIJO/A TIENE:

¿Alergias? _____ ¿Alergia que pone vida en riesgo?: SÍ NO
Medicinas: _____ Si la respuesta es SÍ, hablar con la enfermera.
Alimentos: ej.: maní _____ (Si necesario, favor de proveer la medicina de
emergencia para uso en la escuela.)
Picadura de abeja _____
Pólenes: _____
Otras _____

¿Asma? NO / SÍ Si la respuesta es SÍ, hablar con la enfermera.

¿Diabetes? NO / SÍ Si la respuesta es SÍ, hablar con la enfermera.

¿Epilepsia/Ataques? NO / SÍ Si la respuesta es SÍ, hablar con la enfermera.
Describe: _____

¿Problemas de corazón? NO / SÍ Describe: _____

¿Restricciones físicas? NO / SÍ Describe: _____

Impedimento físico? NO / SÍ Describe: _____

¿Condición que impide participación completa en educación física? _____
****Nota escrita del doctor obligatoria**

Operaciones quirúrgicas: _____

Problemas afectivos: _____

Otra información o problemas de salud: _____

Marque con o con círculo LAS SIGUIENTES preocupaciones sobre la salud de su hijo/a:

Ojos: Lentes _____ (presbicia _____ miopía _____); lentes de contacto _____; estrabismo _____; ambliopía _____; dificultad de visión _____; daltonismo _____.

Oídos: Infecciones frecuentes _____; tubos en los oídos _____; dificultad de audición (explique) _____

¿Audífono (oído: derecho _____ izquierdo _____) utilizado en la escuela? SÍ NO

Fármacos/medicamentos:

¿Toma diariamente en casa? SÍ NO

¿Toma diariamente en la escuela? YES NO

Enumere los medicamentos utilizados actualmente en casa con la dosis y los horarios:

(1): _____

(2): _____

(3): _____

Si el alumno necesita tomar medicina en la escuela, favor de procurarse y de completar el formulario debido, pidiéndolo a la enfermera de la escuela o sacándolo del sitio Internet.

Cualquier medicamento dejado en la enfermería se botará en el último día de escuela.

***Todas las inmunizaciones actualizadas deberán ser firmadas por el médico o alguien del Departamento de Salud, con fecha completa (día, mes y año)**

La información proveída en este formulario será compartido cuando sea necesario con el personal de la escuela por la salud y a seguridad de mi hijo/a. Si yo u otro contacto autorizado de emergencia no habremos podido ser contactados, yo autorizo el personal de la escuela a obtener el cuidado médico de emergencia como sea necesario. Entiendo que me encargaré yo de la responsabilidad financiera por cualquier cuidado médico proveído.

Firma del padre/madre/tutor (legalmente autorizados) _____ Fecha _____