

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento _____ Escuela _____
 Grado _____ Médico _____ Hospital preferido _____ Compañía de Seguro
 médico _____

Historial médico: **complete ambos lados de este formulario** . Esta información se considera CONFIDENCIAL y es para uso de la enfermera, el personal de la sala de salud, los maestros, los administradores del edificio y otras personas según sea necesario para garantizar la seguridad y protección de su hijo en la escuela.

Indique a continuación las condiciones médicas que pueden afectar el programa escolar o el desempeño escolar del estudiante.

PERSONAL: Notifique a la enfermera de la escuela de inmediato si el padre / tutor indica la condición en un área gris.

Codigo de computadora	Historia / condición de salud	Actual		Medicamentos <i>El formulario "Medicamentos en la escuela" debe completarse para la administración de la escuela</i>	Marque (√) si es necesario en la escuela	Comentarios
		si	No			
EG y OB (el personal ingresa ambos códigos y enumera el tipo de alergia)	Alergia anafiláctica (potencialmente mortal) Insecto _____ Abeja _____ Comida _____ Ambiental _____			(los animales de servicio pueden estar en los edificios)		Especifique la fuente de la alergia, es decir , cacahuets, humo, perros, etc.
EK	Diabetes tipo 1					
NP	Trastorno convulsivo					Indique el tipo de convulsión
RD	Asma severa					Especifique los factores que contribuyen a los ataques:
RB RC RE	Asma- leve ____ Moderado ____ Enfermedad reactiva de las vías respiratorias. _____					Especifique los factores que contribuyen a los ataques:
EE ED CE UN	Alergia: leve / localizada Insecto _____ Abeja _____ Comida _____ Ambiental _____ Alergia a medicamentos _____			(los animales de servicio pueden estar en los edificios)		Especifique la fuente de la alergia, es decir , cacahuets, humo, perros, etc.
EJ	Fibrosis quística					
GG	Intolerancia alimentaria					
CA CD CE	Trastorno cardíaco _____ Soplo cardíaco _____ Hipertensión _____					Especifique la condición si "Cardio-vascular-otro":
BB	Hemofilia _____					

COMPLETE EL ANTERIOR Y FIRME / FECHA - REGRESE A LA OFICINA DE LA ESCUELA DEL ESTUDIANTE

Código de computadora	Historia / condición de salud	Actual sí No	Medicamentos <i>El formulario "Medicamentos en la escuela" debe completarse para la administración de la escuela</i>	Marque (√) si es necesario en la escuela	Comentarios
EA UE EO	Trastorno suprarrenal ____ Trastorno de tiroides ____ Trastorno endocrino y / o metabólico				Especifique la condición si "Endo / Metabol . - otro ":
NU	Lesión cerebral traumática				Indique la fecha de la última lesión:
Pensilvania	Trastorno de ansiedad				
YB YARDA	Discapacitados auditivos - R ____ L ____ Deficientes visuales - R ____ L ____				Fecha / resultados del examen: Fecha / resultados del examen:
Maryland MC ECC	Distrofia muscular ____ Artritis de Rheum juvenil ____ Eczema				Especifique la condición si " Musculo / skeltl - otro ":
nordeste	Parálisis cerebral				
UA UE GF	Falla renal cronica ____ Incontinencia: vejiga Encopresis - intestinal				Especifique la condición si "Genito / Urinario- otro":
ejército de reserva TI	Neoplasma (cáncer) sanguíneo o circulatorio ____ Neoplasma (cáncer) otro				Especifique la condición si "Neopl a sm (cáncer) –otro":
NS	Gira una bífida				
nótese bien	ADD / ADHD				
CAROLINA DEL NORTE	Autismo				

Otras condiciones o comentarios: _____

Ningún niño puede tomar medicamentos (recetados o de venta libre) en la escuela sin un formulario (s) completo de administración de medicamentos que incluya la firma del proveedor de atención médica y / o el padre / tutor. Los formularios se pueden recoger en el consultorio o en el de su proveedor. **Proporcione información a la escuela por escrito si tiene instrucciones especiales sobre creencias religiosas.**

¿Necesita **un seguro médico** para su hijo? Llame a este número (1-855-923-4633) para obtener ayuda gratuita en su idioma (incluido un intérprete o traducción de materiales impresos)

AUTORIZACIÓN PARA EL PROCEDIMIENTO DE EMERGENCIA: Si no se puede localizar a los padres / tutores mencionados anteriormente en el momento de una emergencia, y si la observación o el tratamiento inmediato es urgente a juicio de las autoridades escolares, autorizo y ordeno a las autoridades escolares que se comuniquen con auxiliar médico de emergencia y enviar al estudiante al hospital o al médico más fácilmente accesible. Entiendo que asumiré la total responsabilidad del pago de cualquier servicio prestado.

Firma del padre / tutor _____ Fecha _____