

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento _____ Escuela _____
 Grado _____ Médico _____ Hospital preferido _____ Compañía de seguro de salud _____

Historia médica: **Complete ambos lados de este formulario.** Esta información se considera CONFIDENCIAL y está concebida para que la utilicen enfermeras, personal de servicios de salud, maestros, administradores de edificios y otros, según la necesidad, para asegurar la seguridad y protección de su hijo en la escuela.

Indique a continuación las afecciones médicas que podrían afectar el programa escolar o el rendimiento escolar del estudiante .

PERSONAL: notificar a la enfermera escolar de inmediato si el padre/tutor incluye alguna afección en el área gris.

Código de computadora	Historia médica/Afección	Actual		Medicamentos <i>El formulario "Medicación en la escuela" debe completarse y entregarse en la administración de la escuela.</i>	Marque (√) si se necesita en la escuela	Comentarios
		Sí	No			
EG & OB (el personal ingresa ambos códigos e incluye el tipo de alergia)	Alergia anafiláctica (que amenaza la vida) Insecto ____ Abeja ____ Alimento ____ Ambiental ____			(los animales de servicio pueden estar en los edificios)		Especifique la fuente de la alergia, p. ej., maní, humo, perros, etc.
EK	Diabetes tipo 1					
NP	Trastorno convulsivo					Indique tipo de convulsión
RD	Asma severa					Especifique los factores que contribuyen a los ataques:
RB RC RE	Asma: Leve ____ Moderada ____ Enf. reactiva de las vías resp. ____					Especifique los factores que contribuyen a los ataques:
EE ED EC AN	Alergia: leve/localizada Insecto ____ Abeja ____ Alimento ____ Ambiental ____ Medicamento para la alergia ____			(los animales de servicio pueden estar en los edificios)		Especifique la fuente de la alergia, p. ej., maní, humo, perros, etc.
EJ	Fibrosis quística					
GG	Intolerancia alimentaria ____					
CA CD CE	Insuficiencia cardíaca ____ Soplo cardíaco ____ Hipertensión ____					Especifique la afección si marcó "Cardiovascular, otro":
BB	Hemofilia ____					
Código de computadora	Historia médica/Afección	Actual Sí No		Medicamentos <i>El formulario "Medicación en la escuela" debe completarse y</i>	Marque (√) si se necesita	Comentarios

COMPLETE EL REVERSO Y FIRME/ESCRIBA LA FECHA. ENTRÉGUELO EN LA OFICINA DE LA ESCUELA DEL ESTUDIANTE

				<i>entregarse en la administración de la escuela.</i>	en la escuela	
EA EU EO	Trastorno suprarrenal ___ Trastorno de la tiroides ___ Trastorno endocrino y/o metabólico _____					Especifique la afección si marcó “Endo/Metabol., otro”:
NU	Lesión cerebral traumática					Indique la fecha de la última lesión:
PA	Trastorno de ansiedad					
YB YD	Discapacidad auditiva: D ___ I ___ Discapacidad visual: D ___ I ___					Fecha de examen/resultados: Fecha de examen/resultados:
MD MC ECC	Distrofia muscular ___ Artritis reumatoide juvenil ___ Eczema					Especifique la afección si marcó “Musc.-esq., otro”:
NE	Parálisis cerebral					
UA UE GF	Insuficiencia renal crónica ___ Incontinencia, vejiga Encopresis, intestino					Especifique la afección si marcó “Genito-urinario, otro”:
TA TI	Neoplasma (cáncer) de sangre y/o circulatorio ___ Neoplasma (cáncer), otro ___					Especifique la afección si marcó “Neoplasma (cáncer), otro”:
NS	Espina bífida					
NB	ADD/ADHD					
NC	Autismo					

Otras afecciones o comentarios: _____

Ningún menor podrá tomar medicamentos (recetados o de venta libre) en la escuela si no ha entregado previamente un formulario de administración de medicamentos que incluya la firma del proveedor de atención médica y/o del padre o tutor. Puede recoger los formularios en la oficina o en la clínica de su proveedor. **Proporcione información por escrito a la escuela si tiene indicaciones especiales respecto de sus creencias religiosas.**

¿Necesita seguro de salud para sus hijos? Firmar con sus iniciales si está interesado en que nuestro defensor educativo/personal escolar se ponga en contacto con usted: _____ **(No firme si ya cuenta con una cobertura de seguro de salud).**

AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO DE EMERGENCIA: En caso de que no sea posible contactar al padre/tutor nombrado anteriormente en caso de emergencia y si, a criterio de las autoridades escolares, es urgente una observación o tratamiento inmediato, autorizo y ordeno a las autoridades de la escuela comunicarse con los servicios de asistencia médica de urgencia y remitir al estudiante al hospital o al médico más fácilmente accesible. Comprendo que asumiré plena responsabilidad por el pago de cualquier servicio prestado.

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____