

**REGRESAR A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA**

Año Escolar 20\_\_\_\_ a 20\_\_\_\_

Información de Salud del Estudiante

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Maestra/Grado \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Tel. Casa: \_\_\_\_\_ #Celular: \_\_\_\_\_

#Trabajo: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia/Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Tel. Casa: \_\_\_\_\_ #Celular: \_\_\_\_\_

#Trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ Hospital de Preferencia \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a tiene algunos de los siguientes problemas de salud?

Alergia: Si No Si es sí, ¿alérgico a qué? \_\_\_\_\_

Liste los síntomas de la alergia: \_\_\_\_\_

Se requiere medicamento en la escuela, nómbrelo \_\_\_\_\_

Asma: Si No Si es sí, ¿cuándo fue el último ataque? \_\_\_\_\_

Se requiere medicamento en la escuela, nómbrelo \_\_\_\_\_

¿Qué causa el ataque? \_\_\_\_\_

Convulsiones: Si No Si es sí, fecha de la última convulsión: \_\_\_\_\_

Si es sí, qué tipo de convulsiones: \_\_\_\_\_

¿Requiere medicamento en la escuela? \_\_\_\_\_

Diabetes: Si No Si es sí, nombre de la insulina/medicamento(s) \_\_\_\_\_

Problemas del Corazón: Si No Esta limitado a los ejercicios: Si No

Toma medicamento: Si No

Tipo de problema: \_\_\_\_\_ Medicamento \_\_\_\_\_

Tiene su hijo/a: Perdida de escucha: Si No Audífonos: Si No Lentes: Si No Lentes de Contacto: Si No

Otros problemas de salud: Si No

Nómbrelos: \_\_\_\_\_

Necesita su hijo/a tomar otro medicamento en la escuela: Si No ¿Qué/Por qué? \_\_\_\_\_

**\*\* ¡Todos los medicamentos administrados en la escuela, DEBEN ser autorizados por el médico del hijo/a!\*\***

El/Los Padre(s) **DEBE(N)** proporcionar todos los medicamento(s) que han de darse en la escuela. Pida el Formulario de Medicamentos en la oficina de la escuela.

Liste los signos y síntomas, sobre la enfermedad de su hijo/a, que usted ha enumerado anteriormente

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Acciones que deben tomarse.

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Estoy de acuerdo a que este es el Plan de Salud Individual de mi hijo/a (IHP) respecto a la condición(es) medica anterior.

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de la Enfermera de la Escuela: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_