

Forma de Aplicación de la Salud del Estudiante del Condado de Bedford

Este cuestionario está designado para ayudar al personal de la escuela en anticipación de cualquier preocupación concerniendo a la salud del estudiante que pueda afectar la seguridad o el aprendizaje.

Nombre del Estudiante: _____

Primero

Segundo

Apellido del Padre

Apellido de la Madre

Escuela: _____

Grado: _____

Aula: _____

Sexo: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Viaja en el Bus SI NO A la mañana Bus# _____

A la tarde Bus # _____

MEDICO Su niño/niña tiene doctor o una enfermera calificada? SI NO Nombre del Doctor _____

En los últimos 12 meses, usted ha tenido problemas para obtener cuidado médico para su hijo/hija? SI NO

DENTAL Su niño/niña tiene Dentista? SI NO

Su niño/niña recibió un examen dental en los últimos 12 meses? SI NO YO NO SE

SICOLOGICO Su niño o niña ha estado recibiendo servicios orientación (consejos) en un consultorio privado SI NO

HISTORIA MÉDICA *Alguna vez el doctor o algún otro profesional de la salud le dijo que niño/niña tiene:*

- Asma ADD/ADHD Enfermedad de los Huesos o los Músculos Condiciones de salud Mental
 Epilepsia Diabetes Problemas en la Piel (ejemplo, depresión, ansiedad,
 Pérdida de Sangre Enfermedad del Corazón vomitar cuando come)

Describe si son otras _____

Su niño/niña experimenta alguna de las siguientes condiciones?

- Dolor de oídos frecuentes Dolores de Cabeza frecuentes
 Discapacitado Físico Desmayarse

Otros _____

Cualquiera de las condición(es) detallada(s) arriba limita o afecta a su niño/niña en la escuela? SI NO Por favor describa _____

CONDICIONES DE VIDA O MUERTE Su niño/niña tiene alguna condición de la salud que pueda hacer peligrar su vida?

SI* NO Si es SI Describa: _____

*Si es SI, una reunión con la enfermera de la escuela será requerida. Medicamentos o tratamientos ordenados y planeados por el medico a cargo tendrán que ser detallados antes de empezar las clases en la escuela.

ASMA Usa inhalador? SI* NO (*Si es SI, los padres o tutores deberán proveer del Inhalador)

ALERGIAS: Alimentos** _____ Goma de los Guantes (Látex) Abejas/Avispas

Otras: _____ Por favor describa la reacción que se produce y el tratamiento: _____

Es un Epi-pen recetado? SI* _____ NO _____ (*Si es SI, el padre o tutor necesitara proveer del Epi-pen)

** Si su hijo o hija es alérgico o alérgica a alguna comida, una forma adicional deberá ser llenada para la cafetería de la escuela.

*Si su niño/niña necesita tomar un remedio en la escuela, por favor póngase en contacto con la oficina para obtener la forma de autorización. Esta forma tendrá que ser completada antes de administrarle cualquier remedio en la escuela. Su niño/niña podrá tener con él o ella el Epi-pen o inhalador si esta medicamente autorizado y el estudiante está capacitado para usarlo, y después de informar al personal de la escuela y haber llenado todas las formas médicas necesarias.

Fecha de la última inyección contra el Tétano: _____

OIDOS Y LA VISTA; Su hijo o hija tiene problemas para escuchar? SI NO Él o Ella usan Audífonos? SI NO

Él o Ella usan anteojos? Lentes de contacto? Los necesita usar todo el tiempo? Los usa solamente cuando los necesita

Consentimiento de información de la Historia de Salud y Médica

Yo entiendo que la información que di en la parte de arriba estará siendo compartida con el personal apropiado en la base de la necesidad de saberlo para poder estar preparado para la seguridad y la salud de mi niño/niña y para el crecimiento en el suceso académico. En el caso de que Yo u otro contacto de emergencia no pueda ser ubicado en el momento de una emergencia médica, yo autorizo y dirijo al personal de la escuela el enviar a mi niño/niña al hospital o medico más accesible y cercano. Yo entiendo que, Yo estaré asumiendo toda la responsabilidad para hacer los pagos correspondientes por cualquier transporte o emergencia medica que tenga que ser abonada.

Firma del Padre o Tutor _____

Escriba su Nombre _____

Fecha _____

Numero Telefónico(s) (con el código del área) y Correo Electrónico _____