

Formulario de Información de Salud

Nombre del Estudiante

Nombre del Doctor/Centro de Salud

Número de Teléfono del Doctor

Hospital Preferido

Nombre del Seguro Médico

de Póliza del Seguro Médico

Nombre del Dentista

Número de Teléfono del Dentista

1. ¿Tiene el estudiante alguna alergia a medicinas o alimentos? (en caso afirmativo, por favor lístelos abajo)

1. ¿Tiene algún familiar/cohabitante del estudiante algún problema grave de salud?

Sí No En caso afirmativo, por favor descríbalos:

2. ¿Ha tenido el/la estudiante alguna de las siguientes enfermedades o condiciones?

Accidentes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Problemas Intestinales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Alergia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Anemia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Células Falciformes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Ataques	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
TB	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Dolores de Cabeza Frecuentes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
G6PD	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Problemas de la Piel	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Intoxicación por Plomo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Problemas de Comportamiento	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Problemas del Corazón	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Defectos de Nacimiento	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Problemas Menstruales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Problemas de Riñón/Urinarios	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Problemas de Aprendizaje	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Problemas de Peso	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Infecciones de Oído/Garganta	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Hospitalizaciones	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Infecciones Respiratorias	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Problemas Dentales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Problemas de Hueso/Articulación	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Por favor describa con mayor detalle si contestó 'Sí' a cualquiera de los puntos arriba:

Oído / Vista / Lenguaje

¿Ha tenido el estudiante convulsiones o ataques?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha tenido el estudiante una prueba de oído?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene el estudiante un problema de oído?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene el estudiante un problema de vista?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha tenido el estudiante una prueba de vista?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Usa lentes el estudiante?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo: ___ Permanente ___ Leer ___ Distancia ___ Otra		
¿Recibe el estudiante un asiento preferencial debido a problemas de vista/oído?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Recibe el estudiante terapia de lenguaje?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Por favor describa con mayor detalle si contesto 'Sí' a cualquiera de los puntos arriba:

3. ¿Tiene el estudiante alguna necesidad especial acerca de la cual el Programa de Salud de la Escuela deba tener conocimiento? (Por ejemplo, ¿es necesario limitar la actividad?)

4. ¿Está el estudiante tomando de manera diaria alguna medicina? Sí No
En caso afirmativo, por favor especifique:

6. ¿Ha tenido el estudiante Varicela (Chicken Pox)? Sí No

En caso afirmativo, fecha en que estuvo enfermo/a: _____

En caso afirmativo, el historial médico certificado debe estar en el archivo de la escuela.

Por favor tenga en cuenta que pueden haber ocasiones en que sea necesario compartir esta información con administradores, profesores, u otros miembros facultativos y personal de la escuela. En caso de que usted no quiera compartir esta información, por favor contáctese con la escuela.

Si va a suministrarse medicinas (incluyendo Tylenol, aspirina e inhalador para asma) en la escuela, el recetador/doctor y el padre/guardián deberán completar el formulario 'Autorización del Médico y del Padre/Guardián para Suministrar Medicamentos'. El padre/guardián deberá entregar toda medicina en su empaque original a la enfermera o Administrador de la Oficina (Office Manager). Los niños nunca deben llevar medicinas.

Doy el permiso a Salem Academy Charter School para el tratamiento en caso de emergencia médica o psiquiátrica. Doy permiso para el transporte a través de ambulancia en caso de tal acontecimiento. Doy el permiso a la escuela para suministrar la medicina de mi niño/a, para compartir información relevante a la medicina prescrita, para determinar si la auto-administración de medicinas es segura y apropiada para la salud de mi niño/a, y para permitir la auto-administración de medicinas. Entiendo que la medicina puede ser destruida en caso de no ser recogida una semana después del fin de la orden o una semana luego del término del año escolar. Por este medio libero a Salem Academy Charter School, su personal, y sus oficiales, de responsabilidades asociadas con la suministración de la medicina de mi niño/a, y/o con el tratamiento médico de mi niño/a.

Nombre del Padre/Guardián

Firma del Padre/Guardián

Fecha