

INFORMACION DE SALUD

Nombre del Estudiante _____

Fecha de nacimiento _____

Grado _____ Dirección del Estudiante _____

Reside con: *(por favor encierre uno)* con los dos padres Madre Padre Otro

Teléfono _____ Nombre de la Madre _____

Teléfono del trabajo _____ Celular _____

Nombre del Padre _____ Teléfono del trabajo _____

Celular _____

Persona de Contacto de Emergencia (para cuando los padres no pueden ser alcanzados)

_____ Teléfono _____

Médico del Estudiante _____ Teléfono _____

Por favor liste: Condiciones/Problemas de Salud _____

Alergias (ambientales/estacionales) _____

Alergias a medicamentos _____

Alergias a alimentos o leche _____

(por favor note: un plan de acción de la alergia debe ser el completado por un médico y el padre y regresar a la escuela el primer día de escuela o después de la inscripción.)

Ponga en una lista cualquier medida de emergencia necesaria mientras en la escuela o en el autobús debido a la condición de la salud de su hijo _____

Su hijo(a) usa gafas o lentes de contacto? Encierre: SI o NO

Su hijo(a) tiene alguna dificultad auditiva? Encierre: SI o NO

Su hijo tiene un inhalador y lo utiliza de forma independiente en la escuela? Encierre: SI o NO

(por favor note: un formulario de medicamentos debe ser completado por los padres y el medico antes de que su hijo(a) pueda llevar un inhalador en la escuela)

Su hijo(a) tiene un inhalador en la oficina de la enfermera y puede usar bajo supervisión? Encierre: SI o NO

(por favor note: un formulario de medicamentos debe ser completado por los padres y el medico antes de que pueda ser administrado a su hijo(a) en la escuela)

Su hijo(a) toma medicamentos a diario? Encierre: SI o NO por favor indique _____

Su hijo(a) requiere medicación durante el horario escolar: Encierre: SI o NO por favor indique _____

(por favor note; un formulario de medicamentos debe ser completado por los padres y el medico antes de que pueda ser administrado a su hijo(a) en la escuela)

Durante el transcurso del año escolar es necesario tratar heridas menores o enfermedades (condiciones tales como cortadas, raspones, erupciones cutáneas, etc.). Los productos más utilizados por la Escuelas de Arcola están en una lista abajo.

Loción Calamina/Caladryl

Spray del alivio de la picadura de insecto

Triple ungüento antibiótico (neosporin genérico)

Coolgel gel del alivio de quemadura

Agua oxigenada

Solución salina de lentes de contacto

****Por favor, tachar cualquier producto(s) que NO desea que su hijo(a) reciba y firme a continuación.**

****La escuela no proporciona o administrara cualquier medicación sin receta como Tylenol, Advil, or medicación para la tos sin que primero llene la forma de Autorización para Administración de Medicamentos sin Receta que requiere la firma del médico y de los padres. También debe proporcionar el medicamento en el envase original del fabricante y marque el recipiente con el nombre de su hijo(a).**

FIRMA DE PADRE _____

FECHA _____