

**DISTRITO ESCOLAR DEL CONDADO DE HUMBOLDT
FORMULARIO DE EMERGENCIA DE LA SALUD
2015-2016**

_____Escuela

Nombre del Estudiante Sexo Grado Fecha de Nacimiento

Nombre de Padres o Guardianes Telefonos

¿Su seguro medico cubre las vacunas de su hijo o hija? Si No

¿Tiene Medicaid? Si No ¿Tiene Nevada CheckUp? Si No

Por favor circule si su hijo o hija ha tenido o tiene problemas con alguna de las siguientes enfermedades. En otra hoja explique la enfermedad y si esta tomando medicamentos.

A. Asma	N. Desorden Muscular o Neurológico
B. Desordenes de la Sangre	O. Problema Ortopédico
C. Alergias	P. Posibilidad de una Severa Reacción Alérgica
D. Diabetes	R. Impedimento del Oído o Sordera
E. Convulsiones	S. Impedimento del Habla
F. Problemas Sicológicos	T. Problemas del Corazón
G. Usa Lentes/Anteojos	U. Otros Problemas de Salud
H. Restricciones en Educación Física	V. Impedimento de la Vista
I. Problemas de Comportamiento	W. Cáncer
L. Aparatos Médicos	X. Enfermedad de los Pulmones
M. Desorden Genético	Z. NINGUN PROBLEMA DE SALUD

LOS ESTUDIANTES QUE TIENEN ALERGIAS A COMIDA DEBEN TRAER UNA NOTA DE SU DOCTOR

Firma _____ **Fecha** _____