

SCHOOL CITY OF WHITING
HISTORIA MÉDICA / AUTORIZACIÓN DE EMERGENCIA
AÑO ESCOLAR
2020-2021`

Nombre de Alumno _____ M ___ F ___ Fecha de Nacimiento _____
Maestro/a _____ Grado: _____
Dirección _____ Num de teléfono _____
Nombres del Padre/Madre _____ Num de teléfono _____
Num. de tel. del trabajo del padre _____ Num. de tel. del trabajo de la madre _____
Num. de celular del padre _____ Num. de celular de la madre _____
Nombre de la escuela anterior _____ Num. de teléfono _____

2 PERSONAS DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA SI EL PADRE NO ESTA DISPONIBLE:

Nombre _____ Relación _____ Num. de tel _____
Nombre _____ Relación _____ Num. de tel _____
Nombre del Medico _____ Num. de tel _____
Nombre del Dentista _____ Num. de tel _____

Que alergias tiene: ___ sin alergias conocidas ___ comida ___ medicina ___ insecto ___ otro: _____
describa la reacción _____
medicamento utilizado para la reacción _____

**para reacciones severas que requieren un epipen necesitamos un plan de acción completado por un médico **

Asma: ___ inducido por la actividad ___ inducido por la ansiedad ___ otra razón: _____
___ el estudiante debe permanecer dentro si la temperatura está por debajo: _____
___ medicamento: _____ según sea necesario ___ antes del ejercicio

necesitamos un plan de control del asma completado anualmente por un médico

TDA/TDAH (Trastorno por Déficit de la Atención o Trastorno por Déficit de la Atención con Hiperactividad)

medicamento _____ médico _____

Diabetes: ___ Typo 1 ___ Typo 2

Controlado por ___ solamente la dieta ___ la dieta y medicina oral ___ insulina

** Un plan de diabetes debe ser completado por un médico anualmente y actualizado según sea necesario **

Vision: ___ lleva lentes ___ lentes de contacto ___ no hay problema

Audicion: ___ lleva un audífono ___ no hay problema

Por favor indique cualquier condición que pertenezca a su hijo/a:

___ convulsiones _____ ___ problemas urinarios o renales _____
___ problemas pulmonares _____ ___ trastornos de la sangre _____
___ dolores de cabeza _____ ___ problemas gastrointestinales _____
___ condiciones de la piel _____ ___ otro problema no indicado _____

Por favor nombre todos los medicamentos diarios con la dosis, el tiempo dado, y la razón por la medicación. _____

Por favor indique cualquier otra información que la enfermera debe tener en cuenta: _____

Esta información estará archivada en la oficina de la enfermera de la escuela. La información de salud del estudiante se considera confidencial y se comparte con los maestros y la administración sólo si la condición de salud puede afectar el rendimiento del salón de clases o para mantener la salud y el bienestar del estudiante. La información sólo se comparte en una "necesidad de saber" base. **En caso de una emergencia, su hijo será llevado al hospital más cercano para tratamiento.**

1. Le doy permiso al personal de emergencia para transportar a mi hijo a una sala de emergencias para recibir tratamiento en mi ausencia.
2. Yo doy permiso para que la escuela divulgue toda la información médica que tienen al personal de la Sala de Emergencias.
3. También doy mi permiso para que el personal de la Sala de Emergencias trate a mi hijo.

SE REQUIERE LA FIRMA DEL PADRE:

X _____
Firma **Fecha**