

ESCUELAS DE MONTROSE Y OLATHE

Historial de Salud 2016-17

TIENE QUE SER COMPLETADA POR LOS PADRES DE FAMILIA O TUTOR CADA AÑO ESCOLAR

Estudiante:

Apellido Legal,

Nombre Legal

Fecha de Nacimiento

Sexo: Masculino Femenino

Escuela: _____ Grado: _____

Medico

Número telefónico del Medico

Especialista

Número telefónico del Especialista

Condiciones de Salud del Estudiante *Por favor complete la informacion de abajo si su hijo/a a sido diagnosticado o tratado por alguna de las siguientes condiciones:*

<input type="checkbox"/> SI, mi hijo/a recibe atención medica por alguna de las siguientes condiciones:		<input type="checkbox"/> NO hay condiciones medicas	
<input type="checkbox"/> Alergias: Por favor explique cuales son los factores que provocan alergias y sus síntomas: _____			
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Trastorno de parálisis cerebral/ Enfermedad Neuromuscular	<input type="checkbox"/> Convulsiones/Ataques	Fecha del último ataque: _____
<input type="checkbox"/> ADD / <input type="checkbox"/> ADHD	<input type="checkbox"/> Diabetes - Tipo: _____	<input type="checkbox"/> Enfermedades de la piel	
<input type="checkbox"/> Autismo: nivel de funcionamiento _____	<input type="checkbox"/> Depresión/Ansiedad/Bipolar	<input type="checkbox"/> Lesión Cerebral Traumática/Conmoción Cerebral/Traumatismo craneal	
<input type="checkbox"/> Problemas de conducta	<input type="checkbox"/> Otros Problemas de Salud Mental	<input type="checkbox"/> Problemas de Visión	<input type="checkbox"/> Lentes <input type="checkbox"/> Contactos
<input type="checkbox"/> Malformaciones congénitas o de nacimiento	<input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza	<input type="checkbox"/> Problemas en el oído/Dificultad para escuchar	<input type="checkbox"/> aparato auditivo
<input type="checkbox"/> Huesos/Músculos/Problemas en las articulaciones	<input type="checkbox"/> Problemas de corazón	<input type="checkbox"/> Aparatos de Asistencia: <input type="checkbox"/> Andador <input type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Soporte de la pierna	
<input type="checkbox"/> Enfermedades de la sangre	<input type="checkbox"/> Artritis Juvenil	<input type="checkbox"/> Otro _____	
<input type="checkbox"/> Problemas del intestino/vejiga	<input type="checkbox"/> Migrañas	<input type="checkbox"/> Otro _____	
<input type="checkbox"/> Cáncer/Leucemia			

Si alguna de las condiciones anteriores necesitan atención en la escuela, por favor proporcione más detalles: _____

Favor de indicar todos los medicamentos tomados en el hogar:

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Razón por la que se necesita el medicamento

Favor de indicar todos los medicamentos que deben tomarse en la escuela:

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Razón por la que se necesita el medicamento

*** Los medicamentos administrados en la escuela TIENEN QUE ir acompañados de una orden firmada por el médico, de un permiso firmado por los padres, y TIENE QUE estar en el envase original etiquetado (Los formularios estan disponibles en la oficina de la escuela.)**

La información anterior se considera confidencial y se comparte solamente cuando se "necesita saber" entre nuestras enfermeras registradas (enfermeras del distrito / escuela) y al personal escolar que estarán en contacto con y responsable de su hijo(a) durante el día escolar.

Las oficinas de Salud de las escuelas de Montrose y Olathe son atendidas por los técnicos de salud que están bajo la supervisión de nuestras enfermeras registradas y proporcionan primeros auxilios básicos a los estudiantes según sea necesario.

Firma del Padre, Madre/Guardian

Fecha