



Estudiante Estado de Salud y Medicamentos actual

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ escolar: _____

Grado: _____ Padre / guardián Nombre: _____ Tel: _____

• **Si no hay salud CONDICIONES** - ver aquí _____, a continuación, firmar y fecha al final de esta página de **Condiciones de Salud:** (Marque todo lo que corresponda y devuelva este **completo** formulariopara la oficina de salud en la escuela de su hijo)

- | | | |
|-----------|-----------|---|
| si | no | Cualquier condición que requiere medicación - asegúrese de anotar que a continuación |
| _____ | _____ | Asma |
| _____ | _____ | Diabetes (recoger plan de MD en la oficina de salud para ser completado por su médico) |
| _____ | _____ | Problemas del corazón: _____ |
| _____ | _____ | Cáncer: _____ |
| _____ | _____ | Artritis - reumatoide / Fibromialgia |
| _____ | _____ | trastorno de la coagulación: _____ |
| _____ | _____ | Convulsiones: _____ |
| _____ | _____ | Las migrañas - Dolor de cabeza / abdominal |
| _____ | _____ | escoliosis |
| _____ | _____ | Discapacidad visual - Gafas / contactos / Ciegos: ___ Ojo derecho ___ Ojo izquierdo |
| _____ | _____ | discapacidad auditiva - Audífono: ___ Oído derecho ___ Oído izquierdo |
| _____ | _____ | ADHD / ADD |
| _____ | _____ | depresión / ansiedad |
| _____ | _____ | Alergias (Sea específico en gravedad, el tipo y las reacciones visto) |
| _____ | _____ | Alimentación: _____ |
| _____ | _____ | Insect: _____ |
| _____ | _____ | Medication: _____ |
| _____ | _____ | Environmental: _____ |
| _____ | _____ | Otros problemas de salud (especificar) _____ |

Medicamentos: (Mencionar todos los medicamentos que su hijo está tomando actualmente y la razón)

	Nombre del Medicamento	Dosis	Hora y lugar	Objetivo
1			_____ <input type="checkbox"/> casa de <input type="checkbox"/> la escuela	
2			_____ <input type="checkbox"/> casa de <input type="checkbox"/> la escuela	
3			_____ <input type="checkbox"/> casa de <input type="checkbox"/> la escuela	
4			_____ <input type="checkbox"/> casa de <input type="checkbox"/> la escuela	

Por la presente autorizo a la enfermera de la escuela o la persona designada para dar 1st Aid / Tratamiento a este niño cuando sea necesario y si no puedo ser alcanzado en caso de emergencia, llamar a mi familia del médico y / o el EMS y compartir esta información de salud con las personas que tienen una necesidad de saber.

Firma del padre / tutor legal

Fecha