

ESCUELAS DE MONTROSE Y OLATHE

Historial de salud 2019-2020

ESTE HISTORIAL DE SALUD DEBE LLENARSE CADA AÑO ESCOLAR POR LOS PADRES O TUTORES

Estudiante: _____

Apellido legal

Nombre legal

Fecha de nacimiento (mes/día/año)

Género: Masculino Femenino

Escuela: _____

Grado: _____

Médico _____ Teléfono del médico _____ Especialista _____ Teléfono del especialista _____

Condiciones de salud del estudiante *Por favor llene la parte de abajo si su hijo(a) ha sido diagnosticado o tratado por alguna de las siguientes condiciones:*

<input type="checkbox"/> SI, mi hijo(a) recibe atención médica por alguna de las siguientes condiciones:		<input type="checkbox"/> NO hay condiciones médicas
<input type="checkbox"/> Alergias: <small>Por favor explique cuáles son los factores que provocan alergias y sus síntomas:</small> _____	<input type="checkbox"/> Trastorno de parálisis cerebral/ enfermedad neuromuscular	<input type="checkbox"/> Convulsiones/ataques <small>fecha del último ataque:</small> _____
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Diabetes- tipo: _____	<input type="checkbox"/> Enfermedades de la piel
<input type="checkbox"/> ADD/ <input type="checkbox"/> ADHD	<input type="checkbox"/> Depresión/ansiedad/bipolaridad	<input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática/conmoción cerebral/traumatismo craneal
<input type="checkbox"/> Autismo: <small>nivel de funcionamiento</small> _____	<input type="checkbox"/> Otros problemas de salud mental	<input type="checkbox"/> Problemas de visión <input type="checkbox"/> Lentes <input type="checkbox"/> Lentes de contacto
<input type="checkbox"/> Problemas de conducta	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Problemas en el oído/dificultad para escuchar
<input type="checkbox"/> Malformaciones congénitas o de nacimiento	<input type="checkbox"/> Problemas del corazón	<input type="checkbox"/> aparato auditivo
<input type="checkbox"/> Huesos/músculos/problemas en las articulaciones	<input type="checkbox"/> Artritis juvenil	<input type="checkbox"/> Aparatos de apoyo <input type="checkbox"/> andadera <input type="checkbox"/> silla de ruedas
<input type="checkbox"/> Enfermedades de la sangre	<input type="checkbox"/> Migrañas	<input type="checkbox"/> aparato ortopédico para piernas
<input type="checkbox"/> Problemas del intestino/vejiga		<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Cáncer/leucemia		<input type="checkbox"/> Otro _____

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 medicamento

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

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Razón por la que se necesita medicamento

*Los medicamentos administrados en la escuela **TIENEN QUE** ir acompañados de una orden firmada por el médico, un permiso firmado por los padres y **TIENEN QUE** estar en el envase original **etiquetado** (Los formularios están 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 personal escolar que estará 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/guardián

Fecha