

**NEBO SCHOOL DISTRICT  
STUDENT HEALTH INFORMATION**

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_ Maestro \_\_\_\_\_

Padre/Guardian: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_ Otro teléfono \_\_\_\_\_

Historia Médica

Médico de Familia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Diagnóstico Medicál Corriente (si hay) \_\_\_\_\_

**SI NO Ha Tenido Su Hijo/a: (por favor describa)**

\_\_\_\_\_ Cualquier clase de alergias (Por favor explique)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Asma o problemas para respirar (cuán serio)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ortopedia o problemas de huesos? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Problemas específicos del corazón? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Enfermedades del riñón \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Convulsiones (tipo y frecuencia)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Diabetes (o dependencia de la Insulina? O un inyector de insulina?) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Enfermedades graves o crónicas (i.e. Leucemia, transplante)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ha tenido su hijo/a Varicela? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Accidentes graves/heridas? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Examen de visión? fecha \_\_\_\_\_ Quién lo hizo \_\_\_\_\_ Resultados \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Otros problemas? \_\_\_\_\_

Síntomas que podrían surgir:

Que hacer si los síntomas se manifiestan:

Consideraciones especiales:

**MEDICACION:** (Esta el estudiante tomando medicación específica que tiene que ser administrada en la escuela?) SI\*\*\* No En caso afirmativo describir el tipo y razon:

\*\*\* En caso afirmativo, se necesita una forma de autorización de medicación del estudiante, completada por alguno de los padres y el médico y entregada a la escuela antes de que cualquier medicación pueda ser suministrada. Esto incluye toda medicación con o sin prescripción médica (incluyendo inhaladores, EpiPens e insulina). Usted puede obtener la forma en la oficina.

**ES UNA VIOLACIÓN DE LA POLÍTICA DE MEDICINA DEL DISTRITO QUE LOS ESTUDIANTES LLEVEN CUALQUIER TIPO DE MEDICACIÓN.**

La única excepción a esta regla son los inhaladores, EpiPens y/o insulina con firma apropiada del doctor y la autorización paternal.

Firma de Padre/Guardian

Fecha

POR FAVOR NOTE: se considera la información solicitada esencial para planear un programa cada año que alcanza las necesidades de su niño. Esta información será guardada en forma confidencial y sólo las personas que trabajan directamente con su estudiante (es decir profesores, administradores, enfermera) tendrán acceso a esta información.