

HISTORIAL DE SALUD DEL ESTUDIANTE 2018 - 2019

Grado _____

Debe llenarse por el padre o tutor al momento de la inscripción

Nombre del/de la Estudiante: _____ Femenino / Masculino (encierre una opción)

Fecha de Nacimiento del/de la Estudiante:

Escuela:

	SÍ	No		SÍ	No
Trastorno por déficit de atención (ADD)/ Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD) diagnosticado por un médico			Diabetes Tipo I o II		
Alergia a comidas o insectos			Epinefrina por cualquier reacción alérgica		
Ansiedad/Depresión			Problema de audición o del habla		
Asma: utiliza un inhalador			Audífono		
Trastorno hemorrágico			Afección cardíaca		
Problema de vejiga/intestino			Convulsiones		
Cáncer			Problema estomacal		
Fibrosis quística			Visión: Lentes de contacto, anteojos o cataratas		
Problema dental			Actividades extracurriculares: (por ejemplo: deportes, banda, orquesta, coro, etc.)		

Si la respuesta a cualquiera de las anteriores es **SÍ**, especialmente una alergia, cuéntenos más: _____

¿Tiene su hijo(a) alguna necesidad especial de atención médica? **SÍ** o **No** (encierre una opción)

En caso **afirmativo**, explíquelo por favor: _____

¿Qué medicamento toma su hijo(a) regularmente? _____

¿Qué medicamentos tomará su hijo(a) en la escuela? _____

¿Hay algún otro problema médico que le gustaría compartir con el Departamento de Servicios de Salud? _____

Un(a) estudiante que requiera cualquier medicamento de venta libre o con receta médica en la escuela DEBE tener en su expediente un Formulario de Autorización y Solicitud de Medicamentos para el año escolar actual, 2018-2019. La Autorización del Médico por escrito y firmada es OBLIGATORIA para que se administren medicamentos recetados en la escuela. Póngase en contacto con la escuela para obtener un Formulario de Autorización de Medicamentos o el formulario se puede imprimir desde el sitio web de NPS: <https://www.normanpublicschools.org> bajo la sección de "Padres (Parents)", "Salud de los Estudiantes (Student Health)", "Políticas de Salud de NPS (NPS Health Policies)", Servicios y Formularios (Service and Forms) – "Historial de Salud del Estudiante 2018-2019 (Student Health History 2018-2019)".

Las enfermeras de la escuela u otro personal de evaluación designado proporcionan los exámenes de salud de los estudiantes, incluyendo: pruebas de audición y visión, medir la estatura, peso, presión arterial, pulso y revisiones dentales.

Marque una opción:

_____ **SÍ**, ustedes *pueden* examinar a mi hijo(a) **O** _____ **No**, ustedes *no pueden* examinar a mi hijo(a)

Me gustaría programar una cita con la enfermera de la escuela: **SÍ** o **No** (encierre una opción)

Fecha del último examen de niño(a) sano(a): _____ Nombre del Médico: _____

Correo electrónico de los padres: _____

Números telefónicos de emergencia: Celular _____ Otro _____

Firma del Padre/Tutor(a): _____ Fecha: _____