

USD #368 Formulario de Evaluación de la Salud

Nombre del estudiante _____ Grado ____ Sexo ____ Fecha de nacimiento _____

** ¿Tiene su hijo alguna condición médica que debamos conocer? Sí No

Condiciones de salud: (Marque todas las que correspondan)

- ADD: Trastorno de déficit de atención/ADHD: Trastorno de hiperactividad por déficit de atención
- Alergias (dar detalles más abajo) Asma
- Problemas de comportamiento Problemas con la vejiga/riñón Problemas con los huesos/articulaciones
- Cáncer Historial de contusiones Diabetes Tipo 1 Tipo 2
- Problemas emocionales Dolores de cabeza/Migrañas Pérdida Auditiva/aparatos auditivos
- Defectos cardíacos Cirugías previas Historial de convulsiones
- Problemas estomacales Impedimento de la visión Otro diagnóstico no incluido

Alergias – por alimentos, ambientales, por medicamentos, por picadura de insectos, estacionales (Por favor detalle el tipo de alergia y su tratamiento): _____

Información adicional: Favor de proveer información sobre las condiciones de salud seleccionadas arriba: _____

Medicamentos actuales: ninguno

- los que toma en casa _____
- los que toma según sea necesario _____
- los que tomará en la escuela _____ (Debe completar el formulario de Autorización de Medicamento)

Medicamentos de la enfermería

Seguindo las instrucciones en las etiquetas correspondientes, mi hijo puede recibir todos los siguientes medicamentos de venta libre disponibles en la enfermería, a menos que se indique lo contrario: caramelos para la tos, "Caladryl Clear", crema de hidrocortisona, ungüento antibiótico, vaselina, ungüento A&D, "Blistex", gotas para los ojos ("Refresh"), "Sting Free" (para las picaduras de insectos).

USD #368 NO le administra Tylenol o Ibuprofeno a los estudiantes. Si usted siente que su hijo puede necesitar estos medicamentos durante el día escolar, los padres o tutor legal, deben entregar el medicamento a la enfermería, junto con el formulario de autorización de medicamentos, completado. Todos los medicamentos deben guardarse en la enfermería.

Con el fin de cubrir mejor las necesidades de salud de mi hijo, por la presente autorizo que la información en sus registros de salud pueda ser divulgada al personal apropiado de USD #368, incluyendo al personal de servicio de alimentos y a los profesionales relacionados con la salud. Autorizo al personal de la escuela que obtenga atención médica de emergencia, a mi cargo, para mi hijo, en caso de que yo no pueda ser localizado. Si se requiere su traslado en ambulancia, puede hacerlo. Doy mi consentimiento para que la información sobre las vacunas de mi hijo se obtenga del registro de inmunizaciones de Kansas o se remita al mismo con el propósito de que sea evaluada y reportada.

Firma del padre/madre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Nombre en imprenta del padre/madre/tutor legal _____ Teléfono: _____