

## Tarjeta de salud

Grado: \_\_\_\_\_

Maestro(a) de aula: \_\_\_\_\_

Nombre del/de la alumno(a): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Dirección: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono de la casa: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre o tutor: \_\_\_\_\_

Empleador(a) del padre: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ N.º de celular: \_\_\_\_\_

Empleador(a) de la madre: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ N.º de celular: \_\_\_\_\_

Nombre del médico familiar: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_

Si hay una emergencia y no es posible comunicarse con usted, el padre/madre o tutor es responsable de los gastos hospitalarios, médicos o de ambulancia que se hayan originado en beneficio de su hijo.

Indique una persona con la que podamos ponernos en contacto si no podemos localizarlo en caso de un accidente o una enfermedad:

\_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_

### Historial médico (Encierre en un círculo todos los que correspondan)

Problemas de la vista

Sarampión

Enfermedad cardíaca

Fiebre reumática

Infecciones respiratorias frecuentes

Otros: \_\_\_\_\_

Asma

Diabetes

Alergias: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

Convulsiones: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

¿Su hijo usa audífonos o tiene algún problema de audición? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Otras enfermedades o anomalías, incluidas las enfermedades infantiles: \_\_\_\_\_

**NOTA PARA EL PADRE/LA MADRE:** ESTA INFORMACIÓN ES PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA ESCUELA Y SE MANTENDRÁ BAJO LA MÁS ESTRICTA CONFIDENCIALIDAD. SI SU HIJO TIENE UN HISTORIAL MÉDICO DE ALGUNA ENFERMEDAD, YA SEA CRÓNICA O NO, QUE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEBA CONOCER, LE ROGAMOS QUE DÉ LA INFORMACIÓN COMPLETA. SI SU HIJO(A) TIENE QUE TOMAR MEDICAMENTOS RECETADOS, SE DEBE ARCHIVAR UN FORMULARIO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS COMPLETO EN LA OFICINA ENFERMERÍA.

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA TAMBIÉN PUEDE DAR ASPIRINA, TYLENOL O CUALQUIER OTRO MEDICAMENTO DE VENTA LIBRE TRAÍDO DE CASA DE ACUERDO CON LA POLÍTICA SOBRE LOS MEDICAMENTOS.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(padre/madre o tutor)

**Complete abajo los datos de todas las personas autorizadas a recoger al/a la alumno(a) que no sean los padres/tutores.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Números de teléfono: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Números de teléfono: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Números de teléfono: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_