



Tarjeta de salud

Maestra de aula: _____ Grado: _____

Información del estudiante

Nombre:		Fecha de Nacimiento	
Dirección:			

Padre/Tutor 1

Nombre:	
Número de teléfono:	
Correo electrónico:	
Número de teléfono del trabajo:	

Padre/Tutor 2

Nombre:	
Número de teléfono:	
Correo electrónico:	
Número de teléfono del trabajo:	

Médico de Atención Primaria

Nombre del médico/consultorio:	
Número de teléfono:	

Seguro de salud: Privado Medicaid Ninguno ¿Existe un plan de apoyo? 504 IEP

Historial médico – Diagnosticado por un proveedor médico

Diagnóstico	Sí	No	En caso afirmativo, por favor explique...
Dificultades de visión			¿Usa gafas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dificultades auditivas			¿Usa audífonos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> no
Dificultades en el habla			
Alergias Enumerar todas las alergias:			<input type="checkbox"/> alergia a la comida <input type="checkbox"/> alergia ambiental <input type="checkbox"/> alergia estacional <input type="checkbox"/> Otro: _____ ¿Epi-Pen recetado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> no Proporcionar un plan de acción para alergias y Epi-Pen a la enfermera de la escuela
Trastorno por déficit de atención/Trastorno por déficit de atención con hiperactividad			
Asma			Proporcionar un inhalador y un plan de acción para el asma a la enfermera de la escuela
Autismo			
Trastorno hemorrágico			
Parálisis cerebral			
Retraso en el desarrollo			
Diabetes			¿Insulinodependiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> no Proporcionar un plan de cuidado de la diabetes a la enfermera de la escuela
Tubo de alimentación/nutrición			
Afección cardíaca			
Intolerante a la lactosa			Proporcionar una nota del médico a la enfermera de la escuela para el sustituto de la leche
Migrañas			
Convulsiones			Proporcionar medicamentos de emergencia y un plan de acción para convulsiones a la enfermera de la escuela
Anemia falciforme			
derivación ventriculoperitoneal (VP)			
Other:			

Tarjeta de salud

Maestra de aula: _____

Grado: _____

Información del estudiante

Nombre:	_____
---------	-------

Medicamentos recetados

Enumerar los medicamentos:	_____
----------------------------	-------

Si la medicación se puede administrar en casa antes o después del horario escolar, por favor hágalo. **Si su hijo tiene un medicamento que debe administrarse durante el día escolar, se requiere que la enfermera de la escuela tenga un formulario de administración de medicamentos.** Con receta o sin receta.

Contactos de emergencia que están autorizados para recoger al estudiante

Nombre/ Relación:	_____
Número de teléfono:	_____

Nombre/ Relación:	_____
Número de teléfono:	_____

Nombre/ Relación:	_____
Número de teléfono:	_____

Nombre/ Relación:	_____
Número de teléfono:	_____

Nota para el Padre/Tutor: Esta información se mantendrá confidencial. En caso de una emergencia y no pueda ser localizado, el padre o tutor es responsable de cualquier gasto de hospital, médico o ambulancia incurrido en el mejor interés de su hijo. Al firmar este formulario, la enfermera de su escuela tiene permiso para comunicarse con su proveedor médico según sea necesario.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____