



DISTRITO ESCOLAR CONDADO DE MANATEE SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR



INFORMACIÓN ANUAL DEL ESTUDIANTE SALUD/MEDICA

Escuela _____ Año Escolar _____ Gr _____ Maestro _____

Toda la información de contacto en este formulario tiene que ser igual a los nombres oficiales y números de contactos dados a la escuela

Apellido Legal del Estudiante	Nombre Legal del Estudiante	Inicial	Fecha Nacimiento	Edad	Sexo
Dirección/Ciudad/Estado/Código Postal				Teléfono de la Casa	
Nombre de la Madre	Lugar de Empleo	# Celular	Teléfono del Trabajo		
Nombre del Padre	Lugar de Empleo	# Celular	Teléfono del Trabajo		

CONTACTOS ADICIONALES: (Otros que no sean los padres y guardianes) Lista de Recoger al Niño: Si mi niño se enferma o es herido durante el día escolar y la escuela no puede contactarme, Yo por este medio le doy permiso a la escuela a contactar uno o más de los siguientes personas a recoger a mi niño en la escuela y a cuidar del/ella durante mi ausencia. **El/los contacto(s) tienen que ser el mismo nombre que está en el Formulario Biológico (BioForm) de record en la oficina de la escuela.**

(1) Nombre	Relación	Teléfono	(2) Nombre	Relación	Teléfono
(3) Nombre	Relación	Teléfono	(4) Nombre	Relación	Teléfono

OTROS NIÑOS (1) _____ (2) _____
 Nombre Escuela/Grado Nombre Escuela/Grado

DOCTOR _____ **TEL** _____ **DENTISTA** _____ **TEL** _____

PROBLEMAS MEDICOS (marque todos los que aplican/use una hoja adicional para especificar si es necesario) **MEDICAID** Si No

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ADHD (Desorden Déficit de Atención)
<input type="checkbox"/> Alergia- <input type="checkbox"/> Comida <input type="checkbox"/> Medicina <input type="checkbox"/> Insectos
Especifique _____
¿Amenaza de Vida? <input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Asma - Fecha último ataque _____
<input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral
<input type="checkbox"/> Diabetes – Tipo _____
Insulina en la Escuela – <input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Epilepsia/Ataque – Fecha del Último Ataque _____ | <input type="checkbox"/> Condición Gastrointestinal – Especifique _____
<input type="checkbox"/> ¿Aparato para Oír?
<input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón/Murmuro
Diagnosis _____
<input type="checkbox"/> Hemofilia
<input type="checkbox"/> Alta presión
<input type="checkbox"/> Hipoglucemia
<input type="checkbox"/> Inmune-supresión/Cáncer
<input type="checkbox"/> Condición Riñón/Urológico
Especifique _____
<input type="checkbox"/> Migrañas Diagnosticada | <input type="checkbox"/> Distrofia Muscular
<input type="checkbox"/> Autismo /Espectro Des. (ASD)
<input type="checkbox"/> Impedimento Físico Especifique _____
<input type="checkbox"/> Preñada – Fecha a dar Luz _____
<input type="checkbox"/> Desorden Sicológico
Especifique _____
<input type="checkbox"/> Escoliosis
<input type="checkbox"/> Células Falciformes (Sickle)
<input type="checkbox"/> Impedimento del Habla
<input type="checkbox"/> Trasplante
<input type="checkbox"/> Impedimento de Visión/Ciego - Espejuelos/Contactos |
|--|--|--|

Otros - Especifique _____

Un formulario completo de Autorización Medica es requerido para todos los medicamentos administrados en la escuela, incluyendo auto-inyectores epinephrine, inhalador y medicamentos servidos sobre el mostrador. Parents must provide all medication, equipment and medical supplies needed at school.

Lista de medicamentos y dosis que su niño/a, toma en la casa _____

INFORMACIÓN ADICIONAL _____

En caso de un accidente o enfermedad seria durante el día escolar, Yo pido que la escuela me contacte. En caso de una emergencia, Yo por este medio doy permiso a la escuela para que mi niño/a, sea transportada por Servicios Médicos de Emergencia al hospital y le den el tratamiento necesario. Yo entiendo que yo seré responsable por cualquier y todo cargo relacionado. Yo entiendo que esta es la responsabilidad de los padres/guardián de notificar la escuela de cualquier cambio en esta información a través del año escolar y de completar un nuevo formulario de información médica cada año escolar. Esta información pasará a ser parte del récord permanente del estudiante escolar.

ESTA INFORMACIÓN SERÁ COMPARTIDA CON OTRAS ESCUELAS/PERSONAL MEDICO QUE TIENE NECESIDAD DE SABERLO.

Firma: Padres que Matriculo / Guardián Legal _____ **Fecha** _____

Impreso: P a d r e s que Matriculo / Guardián Legal _____ **Fecha** _____

Last Name	First Name	M/F	Grade
-----------	------------	-----	-------

Date	Time In	Time Out	Problem / Intervention	Disp.	Seen By

Initials	Signature	Initials	Signature
Initials	Signature	Initials	Signature

SA = Stomach Ache
 HA = Head Ache
 TC = Telephone Call
 OBS = Observation

N/V = Nausea & Vomiting
 SH = Sent Home
 RTC = Returned to Class
 BA = Band Aid

BR = Bathroom
 R/O = Rule Out
 C/O = Complaint of
 LS = Letter Sent
 ST = Sore Throat