



DISTRITO ESCOLAR DEL CONDADO DE MANATEE

SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR

INFORMACIÓN ANUAL DE SALUD/MÉDICA DEL ESTUDIANTE



Escuela _____ Año Escolar _____ Gr _____ Maestro(a) _____

Toda la información de contactos 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 una o más de las siguientes personas a recoger a mi niño en la escuela y a cuidar de él/ella durante mi ausencia. **El/Los contacto(s) tienen que ser el mismo nombre que está en el Formulario Biológico (BioForm) de récord en la oficina de la escuela.**

 (1) Nombre Relación Teléfono (2) Nombre Relación Teléfono

 (3) Nombre Relación Teléfono (4) Nombre Relación Teléfono

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

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

PROBLEMAS MÉDICOS (marque todos los que aplican/use una hoja adicional para especificar si es necesario) **MEDICAID** Sí 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? _____ Si _____ No
Describa Reacción _____
<input type="checkbox"/> Artritis – Especifique _____
<input type="checkbox"/> Asma – Fecha último ataque _____

<input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral
<input type="checkbox"/> Diabetes – Tipo _____
Insulina en la Escuela- Si / No
<input type="checkbox"/> Epilepsia/Ataque – Fecha del Último Ataque _____
Otros – Especifique _____ | <input type="checkbox"/> Condición Gastrointestinal -
Especifique _____
<input type="checkbox"/> ¿Aparato para oír?
<input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón/Murmuro
Diagnóstico _____

<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"/> Embarazada – Fecha a dar a 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 |
|--|---|---|

Un formulario completo de Autorización Médica, firmado por el médico, es requerido para todos los medicamentos administrados en la escuela, incluyendo auto-inyectores de epinefrina, inhalador y medicamentos servidos sobre el mostrador.

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 record escolar permanente del estudiante.

ESTA INFORMACIÓN SERÁ COMPARTIDA CON OTRAS ESCUELAS/PERSONAL MÉDICO QUE TIENEN NECESIDAD DE SABERLO.

Firma: Padre que Registra / Guardián Legal Fecha

Imprima: Padre que Registra / Guardián Legal Fecha

Last Name

First Name

M/F

Grade

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

_____	_____	_____	_____
Initials	Staff Signature	Initials	Staff Signature

_____	_____	_____	_____
Initials	Staff Signature	Initials	Staff 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