



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

