



**2021-2022 Formulario de salud Escolar**

Apellido de estudiante: \_\_\_\_\_ Nombre de estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

Nombre de doctor: \_\_\_\_\_ Clinica: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Nombre de dentista: \_\_\_\_\_ Clinica: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

El estudiante tiene alguna **ALERGIA** (comida, medicamento, estacional, otro)? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si su respuesta es Si, por favor explique: \_\_\_\_\_

El estudiante tiene un **EPI PEN**? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

El estudiante tiene alguna **condición MÉDICA**? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

**ASMA:** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No Si su respuesta es Sí, el estudiante tiene un inhalador? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

**DIABETES:** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No **CONVULSIONES:** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No **USA ANTEOJOS** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

**APARATO DE OÍDO:** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No **OTRO:** \_\_\_\_\_

El estudiante toma algún **MEDICAMENTO**? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Si su respuesta es sí, por favor explique? \_\_\_\_\_

**SI SU HIJO/A NECESITA UNA PRESCRIPCIÓN MÉDICA DURANTE EL HORARIO ESCOLAR (INHALADOR, EPI PEN, ETC), DEBEMOS TENER UNA AUTORIZACIÓN MÉDICA FIRMADA POR SU DOCTOR Y PADRE/TUTOR LEGAL. PUEDE SOLICITAR ESTE FORMULARIO EN LA OFICINA DE LA ESCUELA. \*UN FORMULARIO ACTUALIZADO SE NECESITA CADA AÑO ESCOLAR.**

Yo le doy permiso a mi hijo/a mencionado anteriormente que reciba los servicios de salud con la enfermera de la escuela St. Joseph Academy. Yo entiendo que estos servicios pueden incluir una examinación física, exámenes de salud, y tratamiento para enfermedad o lesión. Si es necesitado, Yo autorizo que la enfermera escolar le administre:

\_\_\_ ACETAMINOPHEN (Tylenol) \_\_\_ IBUPROFEN (Advil) \_\_\_ PASTILLAS PARA LA TOS

**INFORMACIÓN DE ALERGIA DEBE DE COMPLETARSE ANTES DE QUE SE ADMINISTRE CUALQUIER MEDICAMENTO**

Se mantendrá un registro del tratamiento dado a mi hijo/a. Si mi hijo/a necesitará una tratamiento de emergencia, yo doy permiso para que él/ella sea transportado a una instalación médica de emergencia. Doy mi consentimiento para el intercambio de información de salud relevante (incluyendo información de exámenes físicos, historial médico, y otra información entre la enfermera de la escuela y el personal de la escuela con el fin de satisfacer las necesidades de mi hijo/a. Acepto permitir que la información se divulgue a nuestro médico de familia o cualquier referencia médica y autorizo a nuestro médico de familia que comparta información médica relevante con la enfermera de la escuela. **Su hijo/a no puede ser atendido sin este formulario de consentimiento firmado.** Este consentimiento se vence el 15 de Septiembre de 2022.

Firma: \_\_\_\_\_ Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_ Numero de celular: \_\_\_\_\_

**Si mi hijo/a se enferma y no me pueden contactar, por favor contacte a la siguiente persona:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_