



2023-2024 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 2024

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: _____