



DISTRITO ESCOLAR LEWIS-PALMER 38
Formulario de Información Médica

Año Escolar _____

Nombre del Alumno: _____ Fecha de nacimiento _____ Grado ____
Nombre de Padre(s): _____ Hospital Preferida _____

MARQUE todas las condiciones ACTUAL enumerado a continuación por su hijo

ADD/ADHD	Trastorno Sanguíneo	Diabetes (pluma/bomba/CGM)	Migrañas
Alergias	Hueso/Articulación	Retrasos en el desarrollo intelectual	Ataque _____ Tipo _____
Asma	Intestino/Vejiga	Lesiones en la cabeza/ Conmoción cerebral	Estómago
Autismo	Depresión	Pérdida de Audición	Otro: _____

Por favor describe las condiciones marcadas anteriormente:

Por favor enumere cualquier diagnóstico médico ACTUAL:

¿Su hijo toma algún medicamento con regularidad? **SÍ NO**

Si contestó que Sí, por favor enumere:

Nombre de Medecina/Dosis/Hora Tomada _____

¿Su hijo tomará medicamento en la escuela? **SÍ NO**

¿Su hijo llevará su medicamentos a la escuela?(Prescripción y/o OTC, grados 7-12 SÓLAMENTE) **SÍ NO**

(AVISO: Distrito 38 **requiere** todos los alumnos necesitando medicamentos dado y/o autoportado a la escuela, a tener el [Formulario de Permiso a Administrar Medicamento en el](#) archivo y renovado cada año escolar firmado por un proveedor de servicios médicos, padre y alumno si el alumno está autoportando.

¿Su hijo tiene alergias potencialmente mortales de cuales debe saber el personal escolar? **SÍ NO**

Si contesto Sí, por favor apunte la alergia, reacción y fecha(mes/año) de la última reacción

Voy No Voy a proporcionar medicamentos de rescate a la escuela como epinefrina para la alergia enumerada anteriormente. **Entiendo que le llamarán 911 si se presenta una emergencia**

¿Tiene su hijo limitaciones dietéticas? **SÍ NO** Por favor enumere _____

¿La restricción esta relacionada a una alergia de comida? **SÍ NO** Preferencia de Padre/Alumno **SÍ NO**

¿Su hijo usa lentes? **SÍ NO** Contactos **SÍ NO** ¿Tiene alguna deficiencia visual de color? **SÍ NO**

Fecha del último examen de la vista(Mes/Año) _____ Médico Oculista _____

Hospitalizaciones y/o cirugías (mes/año/Descripción)

Nombre/Dirección/Teléfono del _____ Dr. _____ del _____ Alumno

Nombre/Dirección/Telefono del Dentista

¿del Alumno :
Medicaid? **SÍ NO**

Compañía de Salud del Alumno _____ :

Doy mi permiso para que, en una necesidad, esta información sea compartida con los adultos en el entorno escolar que trabajarán con mi hijo. Es la responsabilidad de los padres de notificar a la enfermera de la escuela cuando se produzca algún cambio en la salud o cuidado de su hijo y determinar cualquier información de salud mandado por fax/electrónicamente a la escuela por fuentes externas han sido recibida por la escuela .

Formulario Completado por (Letra Imprenta): _____ Relación al Alumno _____

Firma Padre/Tutor : _____ Fecha: _____ **Updated 12/2017**