SCHOOL HEALTH OFFICE



INFORMACIÓN DE SALUD

Contacto de emergencia 2

Nombre del estudiante	Fecha de nacimiento _	/ / Género	Grado	Año escolar
La Academia Estadounidense de Pediatr planificar y apoyar a los estudiantes mientr (MS 123.70/MS 144.29) requiere que su hijo	as asisten a la escuela. Por favor, brínda	anos información de salud ac	tualizada cada año	escolar. La ley estatal
PROBLEMAS DE SALUD: Escriba X y el	nvíe un plan de acción por las condicion	es con estrellas.		
No hay problemas de salud				
Alergias* a	; reacción			
Causado por (marque): Ingestión	Contacto (tocar alérgeno)	Transmitido por el aire		
Medicamento (epinefrina) para	que se utilicen, según sea necesario	o, en la escuela: (marque): Sí	No
Intolerancia de Comida a	; reacciór	1		
Asma*				
Causado por (marque): Ejercicio	Irritantes (humo, fragancias)	Alérgenos (polen, m	ioho, caspa, etc.))
Medicamento (albuterol) para q	ue se utilicen, según sea necesario,	, en la escuela: (marque):	Sí	No
Diabetes* (marque): Tipo1 Tipo	2 <u>Gestionado por</u> : Dieta/Activi	idad Medicación oral	Inyecciones de	e insulina Bomba
Convulsiones* Tipo / descripción /	frecuencia			
Aspectos sociales / emocionales	/ conductuales / de salud mental			
Otra Problema de Salud				
Clinica y Doctor				
Seguro médico_				
Hospital preferido en el caso de emerge	ncia			
MEDICINA: Complete un Formulario de adradministrarse durante el horario escolar (form TUTOR DEL ESTUDIANTE COMO POR SU CONSENT: Doy fe de la información propor salud de este estudiante, incluidas las condicirecibir un examen de rutina para detectar definedicamentos. Doy mi consentimiento para destudiante al Departamento de Emergencias estoy disponible. Además, doy permiso para de la escuela como con proveedores de atendestudiante en la escuela.	nularios disponibles a pedido). EL CONS PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA rcionada. Reconozco que es mi responsa iones de salud, necesidades, medicame iciencias en la vista y la audición. Cumpl cualquier tratamiento que se considere no local. Los contactos que se enumeran a que el personal de salud de la escuela in	ENTIMIENTO POR ESCRITO antes de administrar cualquio abilidad informar a la escuela ntos y / o alergias. Entiendo y iré con todas las políticas eso ecesario en una emergencia continuación tienen mi perm ntercambie información de sa	O ES REQUERIDO er medicamento en a de cualquier camb y acepto que este e colares sobre enfer y, si es necesario, iso para recoger al alud de manera con	D TANTO POR EL In la escuela. In la escuela.
Nombre (s) impreso (s) del Padre / Guardia	án Firma del Padre	/ Guardián	Fech	na
Número(s) del teléfono	Correo electrónic	:0		
Contacto de emergencia 1	Número(s) del te	léfono		

Número(s) del teléfono