

# Escuela Deverano Historia médica 2017



Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Num. De Identificación: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Última escuela en Killeen a la que asistió: \_\_\_\_\_

La escuela anterior de mi hijo estaba en el estado de Texas. Sí No (encierre en un círculo)

**La información siguiente aparecerá en los registros del expediente educativo. Por favor, responda este formulario con cuidado. Esta información estará disponible a los maestros de su hijo y al personal de apoyo. Diríjase a la oficina si hay cambios en la información sobre sus contactos para emergencias o sobre la información médica del estudiante.**

## HISTORIA MÉDICA

Por favor marque los problemas que se apliquen a su hijo. *Para realizar modificaciones, es posible que se requiera un certificado médico.*

- |  |  |
|--|--|
| <p><input type="checkbox"/> <b>NO HAY PROBLEMAS DE SALUD</b></p> <p><input type="checkbox"/> Anteojos/lentes de contacto (encierre uno en un círculo)</p> <p><input type="checkbox"/> Asma</p> <p><input type="checkbox"/> ADD/ADHD (Déficit de atención / Hiperactividad)</p> <p><b><u>Para alergias a alimentos – por favor, responda el formulario adjunto.</u></b></p> <p><b>Para que la cafetería haga las sustituciones adecuadas, debemos contar con un certificado médico que cumpla con la política de TDA.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Alergias a medicamentos<br/>Especifique: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Alergias a insectos<br/>Especifique: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Alergias a otros<br/>Especifique: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Requiere epinefrina (Epi-pen) para: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Alergias estacionales/ fiebre de heno</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes: <b>Por favor, notifique a la enfermera del campus para que elabore la documentación necesaria</b></p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad crónica<br/>Especifique: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Eccema</p> <p><input type="checkbox"/> Riñón/vejiga<br/>Especifique: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Migrañas (verificadas por médico)</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón (¿alguna restricción?)<br/>Especifique: _____</p> | <p><input type="checkbox"/> Especifique las restricciones físicas: _____</p> <p>Se requiere certificado médico si el estudiante sufre problemas recurrentes de salud o si necesita restringir sus actividades durante más de 3 días consecutivos, por ejemplo, por un hueso roto</p> <p><input type="checkbox"/> Convulsiones: Especifique: tipo/último ataque _____</p> <p><input type="checkbox"/> Toma medicina en casa<br/>Especifique: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Toma medicina en la clínica de la escuela<br/>Especifique: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Toma medicinas que se autosumministra (<i>sólo secundaria</i>)<br/>Especifique: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Lesión grave en la cabeza:<br/>Especifique: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Trastorno emocional<br/>Especifique: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Orientación psicológica: Especifique: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Prueba T.B. positiva</p> <p><input type="checkbox"/> Anemia de células falsiformes</p> <p><input type="checkbox"/> Escoliosis</p> <p><input type="checkbox"/> Discapacidad visual/ceguera<br/>Especifique: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva/audífonos/sordera<br/>Especifique: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Otro problema del corazón<br/>Especifique: _____</p> |
|--|--|

KISD cuenta con órdenes permanentes del médico de usar los siguientes medicamentos, que no requieren receta, en la clínica de la escuela, para primeros auxilios menores si un estudiante no necesita irse a casa o consultar a un médico. **Autorizo que estos medicamentos sean usados para tratar a mi hijo cuando se encuentre en la escuela. Por favor, tache los medicamentos que no deben usarse para tratar a su hijo.**

Calamina  
Solución salina normal/isotónica para enjuagar los ojos

Vaselina para labios resecos  
Zephiran (antiséptico) para limpiar heridas

\_\_\_\_\_  
**Firma (padre o tutor)**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Relación con el estudiante**

\_\_\_\_\_  
**Teléfono diurno**

