



Información de salud

Nombre del estudiante _____

Fecha de nacimiento: _____

Maestra _____

Grado: _____

Antecedentes médicos:

Alergias

Nueces Abejas Alimentos (especificar _____) Estacional

Otro _____

¿Busca atención médica para esta alergia? Sí No

¿Se requiere Epi Pen? Sí No

Asma

Medicamentos: Inhalador Nebulizador Otro (especificar _____)

¿Internación por asma? Sí No

Si la respuesta es sí Cuándo: _____

Diabético

Fecha de diagnóstico: _____ Insulinodependiente Sí No

Insulina administrada mediante: Lapicera Bomba Jeringa

¿Se han completado pedidos actuales de HCP para estudiantes en el estado de WA? Sí No

Marcar si se le ha diagnosticado una atención médica provista para:

- Condición cardíaca
- Trastorno convulsivo
- Enfermedad renal
- Infecciones frecuentes de oídos/canales

- Migrañas
- TDA/TDAH
- Incapacidad física
- Dificultades del habla
- Condiciones ortopédicas

- Eccema
- Otro: _____

¿Se necesitan medicamentos para alguna condición?: En el hogar? Sí No En la escuela? Sí No

Nombre del medicamento: _____

Todos los medicamentos, de venta libre y recetados (es decir, Tylenol, Advil, pastillas para la tos), requieren una orden del médico para administrarlos en la escuela.

Listado de cirugías, lesiones, hospitalizaciones o enfermedades prolongadas	Fechas

Actividad física recomendada (marcar una): Actividad completa Actividad modificada/restringida

En caso de restricciones, explicar: _____

Marcar todas las que correspondan para su hijo: Anteojos Lentes de contacto Audífonos

Firma del padre/madre/tutor

Teléfono

Fecha