

**HISTORIA ANUAL DE SALUD**  
**2017-2018**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Su hijo tiene:

SÍ

NO

¿Asma? Enliste los medicamentos utilizados en la casa \_\_\_\_\_

Enliste los medicamentos necesarios en la escuela \_\_\_\_\_

¿Diabetes? Enliste la insulina usada en la casa \_\_\_\_\_

Enliste la insulina necesaria en la escuela \_\_\_\_\_

¿Es Glucagón necesario en la escuela? \_\_\_\_\_

¿Convulsiones o epilepsia? Enliste los medicamentos utilizados en la casa \_\_\_\_\_

¿Se necesita Diastat en la escuela?

¿Enfermedades del corazón o desorden sanguíneo? Enliste los medicamentos utilizados en la casa \_\_\_\_\_

Enliste los medicamentos necesarios en la escuela \_\_\_\_\_

¿Alergias a alimentos, medicamentos, o animales? Enliste las alergias

		_____				
		Enliste los medicamentos necesarios en la casa _____				
		_____				
		Enliste los medicamentos necesarios en la escuela _____				
		_____				
_____	_____	¿Es necesaria un Epi-Pen en la escuela?				
_____	_____	¿Tiene alguna discapacidad física o problemas de audición/visión				
		Especifique _____				
		_____				
_____	_____	¿Lentes?				
_____	_____	¿ADHD?				
		Enliste los medicamentos utilizados en casa _____				
		_____				
		Enliste los medicamentos necesarios en la escuela				
		_____				
_____	_____	¿Ansiedad/Depresión?				
		Enliste los medicamentos utilizados en casa _____				
		_____				
		Enliste los medicamentos necesarios en la escuela _____				
		_____				
_____	_____	¿Otros medicamentos que son necesarios en la escuela o casa que no				
		hayan sido previamente enlistados? _____				
_____	_____	¿Razón por estos medicamentos?				

		_____				
_____	_____	¿Alguna inmunización/Vacunas durante el año pasado? Por favor enliste				
		el nombre y las fechas en que recibió las inmunizaciones/vacunas				
		_____				
		_____				
¿Alguna enfermedad seria, cirugías ó accidentes durante el año pasado, ó alguna otra						
información adicional que le gustaría compartir? _____						
_____						
Nosotros los padres/tutor de _____ autorizamos al personal de la escuela,						
para que refieran a nuestro hijo/hija a nuestro doctor familiar o a nuestro dentista familiar en						
el evento de que nosotros no podamos ser contactados, y autorizamos al doctor/dentista						
a que le de tratamiento a nuestro hijo/hija. Si en el caso de que nuestro doctor/dentista o						
nosotros no podamos ser contactados y la situación sea reconocida como una situación de						
emergencia, nosotros damos permiso a la escuela a que hagan los arreglos necesarios de						
transporte para nuestro hijo/hija para ir con un doctor y/o un centro médico o con un dentista.						
NOSOTROS estamos de acuerdo asumir a todos los costos envueltos incluyendo los posibles						
costos de ambulancia.						
Nosotros preferimos el hospital _____						
Firma del padre/tutor _____						
Teléfono _____						
Fecha _____						
Los medicamentos necesarios en la escuela requieren una Forma de Autorización de Medicamentos disponible						
en la oficina de la escuela o en la página del Distrito Escolar en el internet.						
Yo entiendo que esta información será compartida de manera confidencial con la enfermera del Distrito Escolar y						
con otras personas del personal de la escuela que sean necesarias para poder cumplir con las necesidades de						
salud y las necesidades educacionales de mi hijo/hija.						