Escuela: _____
Grado: _____
Autobus? Sí___ No____
Fecha de hoy: _____

2018-2019
Central Kitsap School District
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE SALUD
Este formulario debe completarse cada año
COMPLETE EL FORMULARIO Y REGÍSTRELO LO MAS PRONTO POSIBLE

Nombre: _____ _____ Fecha de nacimiento: _____ M / F: _____
Apellido Primer Nombre Inicial Segundo Nombre

Nombre de Padre/Madre: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Zip: _____
Teléfono_____

Nombre de Padre/Madre:_____
Dirección: _____
Ciudad:_____Zip: _____
Teléfono_____

ALERTA A LOS PADRES: Si su hijo tiene una afección médica grave, es vital que discuta esto con su Enfermera Escolar y su maestro (s) inmediatamente. Si su estudiante tiene una condición de AMENAZA DE LA VIDA, un Plan de Salud Individual creado por la enfermera de la escuela debe estar en su lugar antes de que puedan comenzar la escuela. Con el fin de proporcionar un entorno seguro y saludable para su hijo, esta información estará accesible para las siguientes personas: Enfermera escolar, maestro (s) de su hijo, gerente de la oficina, personal responsable de la cobertura de la sala de salud y personal médico de emergencia.

A. HISTORIAL MÉDICO: Marque los que se aplican a su hijo y describa debajo de Otra información.

_____ ADD/ADHD
_____ ***Alergia severa**
_____ ***Alergia severa Con Epi-Pen**
_____ Alergias estacionales/ ambientales
_____ Ansiedad /ataque de pánico
_____ Asma
_____ Autismo
_____ Problema intestinal
_____ Parálisis cerebral
_____ Retraso en el desarrollo
_____ Diabetes
_____ Síndrome de Down
_____ Diagnosticado Preocupaciones Emocionales
_____ Migrañas
_____ Dolores de cabeza
_____ Problemas cardiacos
_____ Problema de audición grave
_____ Problemas Riñón/urinarios
_____ Desorden muscular
_____ Preocupación neurológica
_____ Problema ortopédico
_____ Convulsiones
_____ Problema severo de la visión

Otra información:
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

***Describe la alergia severa:**

B. OTRAS ALERGIAS: Enumere las alergias que tiene su hijo que pueden causar un problema en la escuela:

Causa de la alergia: _____ Tratamiento: _____

Causa de la alergia: _____ Tratamiento: _____

C. MEDICACIÓN: Incluya medicamentos recetados y de venta libre:

	Nombre	Uso para tratar	Tomado en la escuala?
1)	_____	_____	Sí ☐ No ☐
2)	_____	_____	Sí ☐ No ☐
3)	_____	_____	Sí ☐ No ☐

Antes de administrar medicamentos de cualquier tipo en la escuela, un formulario de Autorización para Administrar Medicamentos, disponible en la oficina, debe ser completado por el padre y el médico y archivado

D. Nombre del médico: _____ Teléfono: _____

OFFICE: RETURN COMPLETED FORM TO NURSE