

Chehalis School District Historial Médico Del Estudiante

1. INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Nombre Del Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Masculino Femenino

Padre/tutor: _____ Madre/tutor: _____

Teléfono Casero: _____ Teléfono Del Trabajo: _____ Teléfono Celular: _____

Doctor/Clinica: _____ Teléfono: _____ Dentista/Clinica: _____ Teléfono: _____

La siguiente informacion es necesaria para un plan apropiado para su niño, y manejar cualquier emergencia. Usted puede utilizar la parte posterior de esta forma para escribir informacion adicional. Es vital para la seguridad de su niño que si el/ella tienen una condición de la salud peligrosa que requiere los servicios médicos durante el horario la escolar, usted nos notifique inmediatamente en la oficina, al director de escuela, y la enfermera de la escuela. Le proporcionaremos las formas/documentos apropiados y haremos una cita para que usted pueda hablar con a la enfermera escolar.

2. HISTORIAL MÉDICO: _____ (Marque todos los que apliquen a su hijo/a)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Asma (problemas de respiración) |
| <input type="checkbox"/> hemorragias | <input type="checkbox"/> Visión (<input type="checkbox"/> Lentes <input type="checkbox"/> Lentes de contacto) |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Audicion (audífonos- <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No) |
| <input type="checkbox"/> hemorragia nasal | <input type="checkbox"/> impedimiento fisico |
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | |
| <input type="checkbox"/> Otro <i>explique</i> _____ | |

3. ALERGIAS: Abejas Comidas Plantas Drogas Animales Insectos Otro _____

Describa por favor la alergia y la reacción de su hijo/a: _____

_____ ¿Tratamiento de emergencia es necesario? No Sí

Si ¿entonces qué tratamientos son necesarios? Medicación: _____ Llamar 911

4. MEDICACIÓN:

¿Toma medicina por algun problema de salud? No Sí (Describa) _____
_____ administrado en la Casa Escuela

¿Está limitada la actividad física de su hijo/a de alguna manera? No Sí (Describa)

Firma del Padre/Madre/Tutor