

Chehalis School District Historial Médica Del Estudiante

1. INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Nombre Del Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Masculino Feminino

Padre/Guardian: _____ Madre/Guardiana: _____

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

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

La información siguiente es necesaria para planear un programa apropiado para su niño, y manejar cualquier emergencia. Usted puede utilizar la parte posterior de esta forma si usted tiene alguna información adicional. RCW28.210 requiere a estudiantes con una condición de la salud peligrosa que pueda requerir que servicios médicos ser realizados en la escuela, usted notifica inmediatamente a su director de escuela o enfermera de la escuela. Las formas necesarias serán provenidas y una cita será arreglada para usted de hablar con a la enfermera de la escuela.

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

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Dolores de la garganta frecuentes | <input type="checkbox"/> Asma (problemas de respiración) |
| <input type="checkbox"/> Dolores del oído frecuentes | <input type="checkbox"/> problemas de sangrar | <input type="checkbox"/> Visión (<input type="checkbox"/> Lentes <input type="checkbox"/> Lentes de contacto) |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes | <input type="checkbox"/> Asimientos o convulsiones | <input type="checkbox"/> problemas de Orina/Intestino |
| <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Dolores del estomago frecuentes | <input type="checkbox"/> Desmayarse |
| <input type="checkbox"/> Resfriados frecuentes | <input type="checkbox"/> Problemas dentales | <input type="checkbox"/> Oír (las prótesis de oído <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No) |
| <input type="checkbox"/> Acromatopsia | <input type="checkbox"/> Se cansa fácilmente | <input type="checkbox"/> la nariz sangra fácilmente |
| <input type="checkbox"/> Dificultad del discurso | <input type="checkbox"/> Apetito pobre | <input type="checkbox"/> problemas de la coordinación |
| <input type="checkbox"/> Dificultad con dormir | <input type="checkbox"/> Desventaja física | <input type="checkbox"/> ADD/ADHD |
| <input type="checkbox"/> Otro <i>explicación</i> _____ | | |

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

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

_____ ¿Tratamiento de la emergencia necesitado? No Sí

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

4. MEDICACIÓN:

¿Se toma medicación para alguna problema de salud? No Sí (Describe) _____
_____ Tomada en Casa Escuela

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

Firma del Padre/Madre/Guardian(a)

Fecha

Necesito información con respecto al seguro médico barato.

Grado Nivel Presente: _____ Maestro/a: _____ # del Salón: _____