

Crescent Elementary School
Historial de salud, información sobre medicamentos y alergias
Para ser completado por el padre/tutor

Nombre del Estudiante _____ Dia de Nacimiento _____ Grado _____

Padre / Guardian Nombre _____

Lugar de Nacimiento _____ Nacimiento Peso _____ Prematuro _____

Problemas durante el embarazo, el parto, alumbramiento o infancia _____

Médico _____ Teléfono # _____

Condiciones de Salud: Por favor marque todo lo que corresponda a su hijo:

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ ADD/ADHD | ☐ diabetes | ☐ mononucleosis |
| ☐ alergias | ☐ trastorno de la alimentario | ☐ trastorno musculoesquelético |
| ☐ alergia potencialmente mortal | ☐ enfermedad endocrina | ☐ hemorragias nasales |
| ☐ asma/enfermedad reactiva de las vías respiratorias | ☐ infecciones del oído/tubos | ☐ aparato de ortodoncia |
| ☐ conductual/emocional/psicológico | ☐ fractura/hueso roto | ☐ neumonía |
| ☐ trastorno sanguíneo | ☐ desmayos/mareos | ☐ prótesis |
| ☐ dificultad para defecar | ☐ trastorno genético | ☐ trastorno convulsivo |
| ☐ trastorno cerebral/del SNC | ☐ dolores de cabeza | ☐ enfermedad de la piel |
| ☐ cáncer | ☐ trastorno de la audición enfermedad | ☐ urinaria/riñón |
| ☐ parálisis cerebral | ☐ hospitalizaciones | ☐ discapacidad visual |
| ☐ conmoción cerebral/lesión en la cabeza | ☐ hepatitis | ☐ anteojos/ contacto |
| ☐ fibrosis quística | ☐ bajo nivel de azúcar en sangre | ☐ otras _____ |
| ☐ retraso del desarrollo | ☐ cirugías | |

Por favor, explique completamente las respuestas marcadas arriba (incluir la gravedad y los síntomas de las alergias, incluidos los medicamentos). Enumere todas las hospitalizaciones y cirugías.

Alergias: indique el tipo de alergia, reacción y medicamento requerido, si corresponde,

Alergia a medicamentos: _____

Alergia alimentaria: _____

Otras alergias: _____

Medicamentos: Lista por favor, cualquier medicamento que su hijo toma regularmente:

Por favor indicar los demás problemas de salud que la enfermera o la maestra de su hijo debe saber que podría afectar a las de los estudiantes experiencia escolar: _____

A menos que proporcione a la enfermera de la escuela una exención válida, en caso de una emergencia, si no podemos localizarlo y creemos que es necesario para el bienestar físico del estudiante, consultaremos con el médico mencionado anteriormente, o si no se puede localizar a ese médico, otro médico elegido por la enfermera de la escuela o el administrador. También transportaremos al estudiante en ambulancia al hospital más cercano si el médico o el personal escolar lo considera necesario.

Firma de los padres

Fecha