



# Hoja de Información de Salud

Apellido \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Dirección/Calle \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_

Núm. teléfono de la casa \_\_\_\_\_

Padres \_\_\_\_\_ El número telefónico \_\_\_\_\_

2do Contacto \_\_\_\_\_ El número telefónico \_\_\_\_\_

3er Contacto \_\_\_\_\_ El número telefónico \_\_\_\_\_

Marque todo lo que aplica:

Transporte:

Bus

Campamento de niños- Kids Camp

Necesidades educativas:

IEP

504

**Por favor marque los problemas de salud que su hijo tiene ahora, O ha tenido en el pasado:**

- |                                                                |                                               |                                                                |                                                        |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Peso menos de 5 libras al nacer       | <input type="checkbox"/> Discapacidades       | <input type="checkbox"/> Conmoción/Lesión en la Cabeza         | <input type="checkbox"/> Problemas de estómago/Ulceras |
| <input type="checkbox"/> Problemas de comer/Peso               | <input type="checkbox"/> Neumonía             | <input type="checkbox"/> Frecuentes infecciones de la garganta | <input type="checkbox"/> Retraso de desarrollo         |
| <input type="checkbox"/> Infección de los oídos/Dolor de oídos | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza      | <input type="checkbox"/> Lesiones significativas               | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre       |
| <input type="checkbox"/> Diabetes/Hipoglicemia                 | <input type="checkbox"/> Pérdida auditiva     | <input type="checkbox"/> Desorden de Atención/Nervios          | <input type="checkbox"/> Problemas de la visión        |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de los huesos              | <input type="checkbox"/> Bronquitis frecuente | <input type="checkbox"/> Problemas significativos de la piel   | <input type="checkbox"/> Problemas emocionales         |
| <input type="checkbox"/> Otro (explique abajo)                 | <input type="checkbox"/> Problemas de dormir  | <input type="checkbox"/> Anteojos/lentes                       | <input type="checkbox"/> Asma                          |
| <input type="checkbox"/> Concusiones                           | <input type="checkbox"/> Operaciones          | <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón                 | <input type="checkbox"/> Alergias, avispas, comida,    |
- medicina, anote abajo

**Si ha tenido alguno de los anteriores, por favor explique:** \_\_\_\_\_

¿Tiene seguro de salud para su hijo/a?  Privado  CHP+  Medicaid  IHS  Ninguno

¿Tiene seguro para la visión?  Sí  No

¿Esta su hijo/a bajo cuidado médico actualmente?  Sí  No

**Si Sí, por favor describa:**

¿Su hijo toma medicamentos?  Yes  No

Tipo \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Vez (ces) dada \_\_\_\_\_

¿Tomado en la escuela?  Sí  No (formulario de autorización de medicamentos necesario)

Medicamentos tomados en caso de emergencia:  Epi-Pen  Inhalador  Otro \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor \_\_\_\_\_ Nombre de Dentista \_\_\_\_\_

Núm. de teléf. del Doctor \_\_\_\_\_ Nombre del Optometrista \_\_\_\_\_

Yo, el firmante abajo, por este medio autorizo a los oficiales del Distrito Escolar de Durango 9-R para que contacten directamente a las personas anotadas en esta forma, y también autorizo a los especialistas; doctores/dentistas a brindar tratamiento a como sea necesario, en caso de una emergencia, para la salud de dicho niño. En el caso de que los doctores, otras personas nombradas en esta forma, o los padres no puedan ser contactados, los oficiales de la escuela, tienen mi permiso de tomar cualquier acción que se considere necesaria de acuerdo a su propio juicio. No haré económicamente responsable al distrito escolar de la atención de emergencia y/o transporte de dicho niño. También entiendo que los registros de la inmunización de mi hijo podrían ser entrados en el Sistema de información de la Inmunización de Colorado.

Firma Del Padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## Autorización para las medicinas venta libre

Apellido \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Padres: La oficina de salud de la escuela tiene medicinas venta libre en existencia.

Por favor, indique con **sus iniciales** cuáles de los siguientes puede ser administrado a su hijo por el profesional de la salud escolar. **La dosis administrada será la dosis recomendada en el envase a menos que indique lo contrario.**

\_\_\_\_\_ Medicamento: Ibuprofeno ( Advil, Motrin) líquido o tableta

\_\_\_\_\_ Acetaminofeno (Tylenol) líquido o tableta

\_\_\_\_\_ Ungüento antibiótico (Neosporin, Bacitracina)

\_\_\_\_\_ Pastillas para la tos

\_\_\_\_\_ Crema hidrocortisona

\_\_\_\_\_ Ungüento para las quemaduras

\_\_\_\_\_ Pastillas para controlar la acidez estomacal (Tums)

\_\_\_\_\_ Antihistamínicos líquidos para alergias, urticarias y erupciones dérmicas (Zyrtec Líquido)

\_\_\_\_\_ Gotas oftálmicas

Doy permiso para el profesional de la salud escolar para administrar los medicamentos indicados arriba a mi estudiante después de la notificación del padre / guardián.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre / guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

**O**

**No doy permiso** para que el profesional de la salud escolar administre medicamentos a mi estudiante.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre / guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha