

Departamento de enfermería – Forma Médica Obligatoria

(Complete Una forma por estudiante)

Información del estudiante:				
Fecha: ____ / ____ / ____	Grado: ____	Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____		
Nombre: _____ / _____				
Apellido	Primer nombre	Segundo Nombre	Nombre de preferencia	
Nombres de los padres o tutores: _____				
Teléfono de casa: _____		Celular de la madre: _____		Teléfono del trabajo de la madre: _____
Correo electrónico: _____		Celular del padre: _____		Teléfono del trabajo del padre: _____
Forma de comunicación deseada: <input type="radio"/> Correo electrónico <input type="radio"/> Teléfono celular <input type="radio"/> Teléfono del trabajo				
Persona de contacto en caso de emergencia: _____				Tel: _____
Alergia(s) a medicamentos: <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Sí (Liste): _____				
Médico familiar: _____			Tel de oficina: _____	

Mi hijo(a) NO PADECE NINGUNA CONDICION MEDICA. (Si su hijo(a) no padece ninguna condición medica y no necesita medicamentos en la escuela, puede detenerse aquí. *Favor de firmar en la parte de abajo y regresar la forma a la escuela.*)

Información Médica Estudiantil:

Asma Activadores: Ambiente/Estación Ejercicio Infección Respiratoria
 Other: _____

Se necesita un inhalador disponible en la escuela? Sí (Se requiere **Permiso médico**) No
Ubicación del inhalador: Enfermería Salón de clases Con el estudiante (Se requiere de **Forma de llevar consigo**)

Diabetes Tipo I Tipo II Fecha de diagnóstico: _____ Insulina Por: Bomba Inyecciones
¿Es el alumno independiente con su cuidado? Yes No

Allergias Comida: Cacahuates Nuez de árbol Leche Otros: _____
Picadura severa: Abejas Avispas Hormigas Otros: _____
Por favor describa el tipo de reacción: _____

***Notifique a la escuela, enfermera y maestro(s) si puede ocurrir anafilaxis, y traiga medicamento con permiso el primer día de clases.

Convulsiones (Explique): _____

En el último año, ¿su hijo(a) ha tenido un historial de lesiones/contusiones en la cabeza? Si es así, explique las lesiones/contusiones que ha tenido su hijo(a): _____

ADHD, ODD, Ansiedad (Explique): _____

Otras condiciones: _____

¿Toma su hijo(a) algún medicamento(s) de rutina? No Yes Lista de medicamentos: _____

¿Necesita su hijo(a) tomar algún medicamento(s) en la escuela? Si su hijo(a) necesita tomar medicamentos en la escuela, favor de proporcionar los consentimientos y medicamentos necesarios. Las políticas de medicamentos y las formas de consentimiento se encuentran en la página web de Union Academy o contacte a la enfermera.

No Sí Lista de medicamentos: _____

La información de esta forma es correcta en mi conocimiento y doy permiso al personal de la escuela/enfermera de compartir esta información en cuanto a la(s) condición(es) médicas de mi hijo(a) con los empleados pertinentes, con mi médico familiar o personal de emergencia. También doy permiso a Union Academy para llamar al 9-1-1 y transportar a mi hijo(a) al hospital si se requiere de cuidados de emergencia.

Padre/Tutor legal: _____ **Fecha:** _____
Firma