

HEALTH HISTORY/EMERGENCY CONTACT FORM 2022-2023

Esta es la información requerida que se guardará en la CLÍNICA DE SALUD ESCOLAR

Nombre de estudiante: _____ Grado: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Profesor de aula: _____
Nombre del Padre/Guardián: _____ # de teléfono (casa): _____
Dirección del Padre/Guardián: _____ # de teléfono (trabajo): _____
El número de teléfono celular de los padres: _____

Contacto de emergencia (si no podemos comunicarlos con el padre/guardián): _____
Relación: _____ # de teléfono (casa): _____ # de teléfono (oficina): _____
El número de teléfono celular _____

Doctor de estudiante: _____ # de teléfono del doctor: _____

MARQUE TODOS EN LA ACTUALIDAD QUE APLICAN A SU HIJO

1. Problemas del ojo/visión
2. Problemas de la oída/audición
3. Problemas de respiración, asma, etc.
4. Problemas del corazón/cirugía/ (pacemaker)
5. Problemas del riñón, vejiga, cirugía, etc.
6. Problemas del los huesos, articulaciones, musculo
7. Problemas neurológicos, ataques, etc.
8. Problemas de espina, espalda, cirugía, etc.
9. Historia de problemas emocionales mental
10. Alcohol, uso de drogas/abuso o tratamiento
11. Diabetes (Tipo I o Tipo II)
12. Cáncer
13. ADD/ADHD
14. Anemia Falciforme o trastornos hemorrágicos
15. Fibrosis quística
16. Desorden Del Espectro Autista
17. Lupus
18. Indique condición prolongada o crónica: _____
19. Indique cualquier, fecha y razón: _____
20. Indique cualquier hospitalización en los últimos 5 años: _____
21. Indique cualquier restricción de movimiento físico (minusvalida) _____

PORFAVOR EXPLIQUE

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____
15. _____
16. _____
17. _____

22. Indique todo tipo de medicamento que tome su niño/niña cada día: _____
23. Indique todo tipo de alergia a medicamento, comida, o insectos: _____
Indique **los graves**: _____
Su niño/ niña tiene un Epi-Pen? _____ Usted va a proporcionar uno para la escuela? [] Si [] No

Mi niño/niña (NOMBRE COMPLETO): _____ tiene mi permiso a participar en el Programa de Servicios de Salud en la escuela. Yo entiendo que mi hijo recibirá cuidado de emergencia en la escuela, si es necesario y que los servicios puedan incluir:

1. Primeros auxilios, por accidentes o enfermedades
2. Exámenes de Visión, audición, altura - pesó, dentales y de escoliosis
3. Asistencia con la administración de medicinas ordenados por el médico
4. Educación específica, y tópicos de salud para un buen bienestar
5. Asistencia con condiciones o procedimientos de salud menores, complejos o crónicos ordenados por el médico

Yo autorizo que de información acerca de mi hijo al Distrito de escuela del condado de Monroe como nombre, edad y seguro social para las agencias del estado de la Florida con el propósito de saber si los niños son elegibles para el Medicaid u otro seguro. También dar autorización para que el seguro de Medicaid u otro seguro reciba pagos de estos por el servicio dado en la escuela de su hijo.

Entiendo que en caso de accidente o lesión grave, se administrarán primeros auxilios y me contactarán. Si no puedo ser contactado, entiendo que el contacto que la persona o personas que figuran en este formulario como contactos de emergencia, serán contactados.

FIRMA DE PADRE/GUARDIAN: _____ FECHA: _____

SI NO DESEA QUE SU HIJO SEA VISTO EN EL CLÍNICA , ADJUNTE UN AVISO POR ESCRITO A ESTE FORMULARIO