

Escuelas Publicas de Hutchinson

Hutchinson, Kansas

Informacion de Salud Estudiantil

La terminacion de esta forma es voluntaria

Nombre del
Estudiante

Escuela:

Apellido

Grado:

Nombre

Doctor:

I.n

Por favor marque (x) y/o encierre cualquier problema de salud que pertenezca a su hijo/a. Esta informacion deja saber al personal escolar de las preocupaciones relacionadas a la salud y para proveer mas cuidado de salud personalizada cuando es necesario. La informacion sera compartida confidencialmente con el personal apropiada.

Oidos

- Sordera oido derecho / oido izquierdo
 Usa aparatos para oir Infeccion del oido frecuente
 Cirugia del oido(explique) _____

Vista

- Usa lentes/contactos (encierre uno)
 Ceguera ojo derecho/izquierdo (encierre uno)

Comportamiento

- ADHD/ADD, Depresion, Bipolar
Tipo _____ Diagnosticado por _____
Nombre y Tiempo del medicamento _____

Alergias

- Alergias diagnosticado por _____
Tipo de Alergias _____
Nombre de medicamento(s) _____
 Recibe inyecciones de alergias
Recetadas por _____
 Alergico a medicina _____
 Alergico a las abejas EpiPen

Asma

- Asma diagnosticado por _____
 Se toma medicina recetada
Nombre de medicina _____
Nombre de medicina para respirar _____

Diabetes/Hipoglicemia

- Insulina
 Nombre de medicamento(s) _____
 Hipoglicemia diagnosticado por _____
 Formulario #812 Comidas especiales debidas a los impedimentos

Restricciones de Alimentos

- Formulario #811 Intolerancia de comida firmado por un doctor
Tipo _____
 Formulario #812 Alergia de comida firmado por un doctor
Tipo _____ EpiPen

Condicion del Corazon

- Alta presion Baja presion
 _____ Diagnosticado por Dr. _____
 _____ limitacion recetada por Dr. _____

Convulciones

- Convulciones dianosticadas
Tipo _____
 Toma medicamento para convulciones
Nombre de medicina _____
Fecha de ultima convulsion _____

Otra Enfermedad

- Scoliosis Herida de deporte _____
 _____ enfermedad diagnosticado por _____
 Toma medicamento para otra enfermedad
Nombre de medicina _____
 Limitacon(es) diagnosticado por _____

Comentarios: _____

Permiso para compartir informacion con el personal apropiado quienes necesitan saber.

Firma Pariental/Guardian

Fecha