



## Formulario de historial médico

*El siguiente es un breve formulario de historial médico. La información es esencial para que la escuela esté adecuadamente preparada para atender cualquier necesidad especial de salud que su hijo pueda tener durante el día escolar. Tenga la seguridad de que esta información se guardará con confidencialidad y solo se compartirá con el personal de la escuela según sea necesario. Por favor mantenga esta información actualizada. Es posible que se requiera una conferencia con el personal o que el padre/tutor la pueda solicitar.*

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
 Escuela: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR VERIFIQUE A CONTINUACIÓN SI SU HIJO TIENE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES:**

No hay información médica que reportar

<input type="checkbox"/> ¿Medicamentos para ADD/ADHD? <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Escuela	<input type="checkbox"/> Depresión
<input type="checkbox"/> Comportamiento/Emocional	<input type="checkbox"/> Trastorno alimentario
<input type="checkbox"/> Trastorno de la sangre	<input type="checkbox"/> Desencadenantes de dolores de cabeza/migrañas:
<input type="checkbox"/> Intestino/Vejiga	<input type="checkbox"/> Problemas de audición ¿Audífono? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Tipo de cáncer:	<input type="checkbox"/> Condición del corazón
<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/> ¿Gafas para personas con discapacidad visual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Fibrosis Quística	<input type="checkbox"/> Dieta Especial
<input type="checkbox"/> Otro	
Procedimientos especializados: <input type="checkbox"/> Alimentación por sonda <input type="checkbox"/> Cateterismo <input type="checkbox"/> Traqueotomía/succión <input type="checkbox"/> Otros	
Restricciones físicas (se requiere nota del médico)	
Medicamentos requeridos en la escuela (se requiere formulario de medicamentos):	

**Por favor explique cualquiera de los anteriores:**

---



---



---



### Formulario de historial médico

**Las siguientes condiciones requieren un Plan de Acción de Emergencia con las firmas de los padres/tutores y el proveedor de atención médica.**

<p><input type="checkbox"/> <b>Alergias:</b> <input type="checkbox"/> Insecto <input type="checkbox"/> Látex <input type="checkbox"/> Alimento</p> <p><b>Lista de alimentos:</b> _____</p> <p><b>Reacción:</b> _____ <input type="checkbox"/> Medicación en la escuela <input type="checkbox"/> No se requiere medicación</p> <p><b>Ubicación del medicamento:</b> <input type="checkbox"/> Alumno <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Epi Pen <input type="checkbox"/> Auvi-Q <input type="checkbox"/> Medicación oral</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>Asma</b></p> <p><b>Desencadenantes:</b> <input type="checkbox"/> Ejercicio <input type="checkbox"/> Ambiental Otro: _____ <input type="checkbox"/> Medicación en la escuela <input type="checkbox"/> No se requiere medicación</p> <p><b>Ubicación del medicamento:</b> <input type="checkbox"/> Alumno <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Autoadministrado</p>
<p><input type="checkbox"/> <b>Diabetes</b></p> <p><input type="checkbox"/> Bolígrafo <input type="checkbox"/> Bomba</p> <p><input type="checkbox"/> Requiere intervención diaria del personal de la escuela. <input type="checkbox"/> Autogestionado</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>Trastorno convulsivo</b></p> <p><input type="checkbox"/> Medicación en la escuela <input type="checkbox"/> No se requiere medicación</p> <p><b>Ubicación del medicamento:</b> <input type="checkbox"/> Alumno <input type="checkbox"/> Oficina Historial de convulsiones, pero no está medicado actualmente</p> <p><b>Fecha de la última incautación:</b> _____</p>

Firma del parente/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ 2 de 2