

Given to parent: IHP request _____ Med _____ 504 Letter _____

Date: _____

SUMNER COUNTY SCHOOLS INFORMACION DE SALUD PARA ESTUDIANTES
Año escolar 2018-19

Estimado padre / tutor: Por favor complete el siguiente formulario de información delantero y trasero, y volver lo más pronto posible. Esta información sólo se compartirá con el personal escolar necesario para mantener y promover la salud del estudiante.

Nombre y apellido: _____ Sexo: M / F Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Maestro de 1er periodo: _____

Escuela del año pasado: _____

Student llega en: Bus _____ (número de bus-AM _____ PM _____) Carro _____ Maneja _____ Otro _____

Los padres / tutores son responsables de proporcionar todos los medicamentos, incluyendo los medicamentos de venta sin receta (OTC), para sus hijos. Todos los medicamentos deben ser entregados a la escuela por un padre/tutor o designado del padre.

Si su hijo ACTUALMENTE tiene o ha tenido, en los últimos 2 años alguno de los problemas enumerados a continuación, marque "Sí" al lado del problema de salud y explicar en el espacio correspondiente:

Enfermedad / Condición	Sí	No	Explique aquí
Diabetes			Tipo 1 o 2? Usa medicamentos?
Problemas de corazón			
Problemas renales o urinarios			
Asma (últimos 2 años)			Se utiliza un inhalador de rescate? Sí / No Otros medicamentos?
Preocupaciones psicológicas			A caso de sí, lista de medicamentos
Problemas del estómago/ intestinos			
Convulsiones			Tipo: _____ Fecha de ultima convulsión: _____ Medicamentos: _____
			Se usa Diastat? S / N Se ha dado Diastat en el pasado? S / N Fecha de ultimo uso: _____
Alergias mortales			A qué? _____
			Se usa EpiPen®? S / N Se ha usado en el pasado? S / N Fecha de ultimo uso: _____
			Se da Benadryl con el EpiPen®? S / N
Lista de todas alergias (medicamentos, comidas, nueces, abejas, etc.):			
Otras preocupaciones médicas:			

¿Su hijo tiene un impedimento físico o mental que limita significativamente una o más actividades principales de la vida? Si / No En caso afirmativo, explique: _____

¿Toma su hijo medicamento regularmente no mencionado anteriormente? Si / No En caso afirmativo, ¿qué? _____

Doctor/Pediatra: _____ Teléfono: _____

Dentista/Ortodontista _____ Teléfono: _____

Su firma es un consentimiento informado para compartir información del historial de salud con el personal escolar sobre la base de la necesidad o de emergencia. Información sobre la salud de los estudiantes, en el entorno escolar, se limita a la información necesaria para servir la educación, salud, y los intereses del estudiante. Su firma da permiso a la enfermera de la escuela para comunicarse con el médico de su hijo con respecto a los problemas de salud.

Nombre de padre/tutor: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Telefono: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Correo electrónico: _____

PADRE/TUTOR — FAVOR DE COMPLETAR LOS DOS LADOS DE ESTE FORMULARIO