



HISTORIA DE SALUD

INFORMACIÓN ESTUDIANTIL

Nombre completo: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Género: M F Grado: _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del Doctor: _____ Ciudad: _____ Teléfono: () _____
 Nombre del Ontólogo: _____ Ciudad: _____ Teléfono: () _____
 Preferencia de Hospital: _____ Ciudad: _____ Teléfono: () _____
 Compañía de Seguros: _____ Póliza #: _____ Grupo #: _____

SÍ NO ¿Tiene su niño/a actualmente algún(os) problema(s) de salud? Caso que sí, por favor especifique abajo

<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> ¿Se requiere Epi-pen?	<input type="checkbox"/> Asma-Causantes:
<input type="checkbox"/> Ambiental:	<input type="checkbox"/> Trastorno de Sangre
<input type="checkbox"/> Comida:	<input type="checkbox"/> Diabetes Tipo 1 (dependiente insulina)
<input type="checkbox"/> Insecto:	<input type="checkbox"/> Diabetes Tipo 2
<input type="checkbox"/> Latex:	<input type="checkbox"/> Epilepsia
<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Cardiovascular (corazón)
	<input type="checkbox"/> Adquirido:
	<input type="checkbox"/> Congenital:
<input type="checkbox"/> Otro:	

INFORMACIÓN MEDICINAS

¿Toma su niño/a medicina diariamente? *Se requiere una autorización escrita para la administración de medicinas.*
 En la casa En la escuela
Cuál(es): _____ **Cuál(es):** _____
 ¿Tiene su niño/a cualquier restricción de actividad? Favor indicar: _____

PERMISO PARA TRATAMIENTO/TRANSPORTE DE EMERGENCIA

En lo que a mí respecta, esta información es precisa y completa y se puede compartir con el personal apropiado de la escuela en caso de necesidad o emergencia. En caso de enfermedad grave o herida seria, yo otorgo permiso que se transporte a mi niño/a al hospital o sala de urgencias más cercana. Se otorga permiso al personal de emergencia de proveer el transporte y tratamiento necesario a mi niño/a. Se hará todo esfuerzo posible para contactar a los padres/representantes en caso de emergencia. *Favor notificar a la oficina de la escuela por escrito si no se otorga permiso para tratamiento o transporte de emergencia.*

Firma de Padre/Representante

Fecha