

**Formulario de Historial de Salud**  
**Departament de Salud del Estudiante**

Escuela Año : 20\_\_/ 20\_\_

Estudiante :	Fecha de nacimiento :	Grado:	
Escuela :	Maestro de Salón Hogar :		
<b>Contacto de Emergencia/Padre / Tutor</b>	<b>Relación</b>	<b>Número de teléfono</b>	
1.			
2.			
<b>Nombre del Proveedor de Salud:</b>			
¿Es esta la primera vez que el estudiante ha asistido a escuelas de KippNC en Carolina del Norte? Sí ___ No ___			

Indique si un médico ha diagnosticado la alumno con alguna de las siguientes condiciones médicas:

*\* Para medicamento o procedimientos requerido durante el día , por favor ver la enfermera escolar para formularios*

Condición de Salud	Sí	No	Si su respuesta es "sí*", explique:
TDAH/TDA			Medicamentos en casa: Si ___ No ___ ¿Medicamentos necesarios en la escuela ? Sí* ___ No ___
Alergias a los alimentos , lista :			Indique la severidad de la reacción : Leve: ___ Moderado ___ Potencialmente mortal ___ Especialista en alergias , si aplica : Su niño requerirá un Epi -Pen? Sí* ___ No ___ Requiere una dieta especial en la escuela *, describa:
Alergias a las picaduras			Velocidad la reacción : Leve ___ Moderado ___ potencialmente mortal ___ Su niño(a) requiere un Epi -Pen? Sí* ___ No ___
Alergias ( graves ) otras :			Especificar : Su niño(a) requiere un Epi -Pen? Sí* ___ No ___
Asma			Indique la severidad: Leve ___ Moderado ___ potencialmente mortal ___ Tiene su niño(a) un inhalador ? ___ nebulizador? ___ Indique la frecuencia de los síntomas: A menudo ___ Poco frecuentemente ___ Cuando fue la ultima vez que utilizo Inhalador / nebulizador Medicamentos en casa: ___ Medicamentos requerido en la escuela ? Sí* ___ No ___
Autismo o Asperger			
Sangre Trastorno			Especificar : Tratamiento :
Problemas de Hueso / musculares			Especificar : Restricciones de actividades: Sí* ___ No ___
Problemas Intestino / Vejiga			Especificar : Tratamiento :
Cáncer			Especificar : Tratamiento :
Concusión / lesión en la la cabeza			Complicaciones : Fecha de la lesión :
Diabetes			___ Tipo I ( insulino dependiente ): ___ bomba ___ Lápiz ___ Tipo 2: Medicamentos en casa: Medicamentos requerido en la escuela ? Sí* ___ No ___ Médico: _____
Emocional / Conducta Desorden Psiquiátrico			Especifique : Medicamentos en casa: Si* ___ No ___

			Medicamentos requeridos en la escuela? Sí* ____ No ____ Médico: _____
Condición Genética			especificar :
Problemas de Audición / Pérdida			Oído Derecho: _____ Oído Izquierdo: _____ Dispositivo de ayuda con audición: Sí _____ No _____
Problemas del Corazón			Especificar : Restricciones de Actividades? Sí* _____ No _____
Alta Presión			Medicamento : Bajo sangre presión : Sí _____ No _____
Migraña- dolores de cabeza			Provocado por: _____ Medicamentos: _____
Convulsiones			Tipo : Fecha del último episodio : Medicamentos en casa: _____ Medicamentos en la escuela * : _____
Condición de Salud	SÍ	NO	Explique si su respuesta es sí* _____
"Sickle Cell Disease"			Medicamento : _____ Solo rasgo :__
Problemas de la piel			Tipo :
Problemas del Estómago			Especificar : Medicamento / Tratamiento :
Cirugías			Especificar : Fechas:
Problemas de Tiroides / Endocrino			Especifique : Medicamento :
Problemas de Visión			Utiliza anteojos / lentes de contacto : Sí _____ No _____ Médico de la vista :
Otras Enfermedades, lesión o condición no listado			especifique:
Procedimiento * / Dispositivo de asistencia necesario en la escuela			especifique:

**\* Formulario requerido – contactar la enfermera de la escuela**

**La enfermera de la escuela tiene mi permiso para contactar al proveedor de salud de mi hijo(a) sobre salud condiciones comprobado arriba. Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_**

**Firma del Padre / Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_**

Esta información se mantendrá confidencial y sólo compartida para asegurar la salud, seguridad y bienestar de los estudiantes en la escuela . Es responsabilidad de la padre / tutor notificar a la escuela sobre condiciones de salud y contactos de emergencia / cambios de números de teléfono , completar planes de emergencia y/ o individualizado, proporcionar el medicamento acompañado de la orden médica completada por el proveedor de salud y equipo necesario en la escuela .

formularios enviado \_\_\_\_\_

Revisados por Enfermera de la escuela

Fecha \_\_\_\_\_