Districto Escolar del Condado de Douglas
Servicios de Salud para Estudiantes

ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LA SALUD

Fecha: _____, 20___

_____ _____/_____/_____ _____
Apellido Nombre Inicial Fecha de Nacimiento Maestra/o

(____)_____ (____)_____ (____)_____ M F _____
Numero de Telefono Numero de Telefono Numero de Celular Genero Grado

_____ _____
Nombre de Padre Nombre de Madre

_____ _____
Contacto de Emergencia Numero de telefono del contacto de emergencia

_____ _____
Nombre de Medico Numero de telefono del medico

PROBLEMAS DE SALUD ACTUALES

(por favor marque los que se apliquen)

- ❑ NO HAY DISABILIDADES
- ❑ SU NIÑO ha tenido la enfermedad de la varicela? YES NO
- ❑ ENFERMEDAD DE ASTHMA
- ❑ ALERGIAS: (COMIDA, INSECTOS, MEDICAMENTOS, OTRO) _____
- ❑ REACCIÓN SEVERA A:_____
- ❑ OPERACIONES EN EL PASADO:_____
- ❑ DIABETES
- ❑ DESORDEN DE ASIMIENTO
- ❑ ADD/ADHD
- ❑ ESTUDIANTE USA:
  - ❑ LENTES
  - ❑ CONTACTOS
- ❑ DETERIORO DE OÍDO / PRÓTESIS DE OÍDO
- ❑ ENFERMEDAD NEUROLÓGICA DIAGNOSTICO ESPECIFICO: _____
- ❑ ENFERMEDAD MUSCULAR
- ❑ PROBLEMA ORTOPÉDICO DIAGNOSTICO ESPECIFICO: _____
- ❑ PROBLEMA DEL CORAZON DIAGNOSTICO ESPECIFICO: _____
- ❑ OTRO: _____

*PORFAVOR EXPLIQUE COMO ESTAS CONDICIONES EN LA PAGINA DE ATRAS DE ESTA FORMA.

Su hijo/a es capas de tomar educacion de fisica? Yes ☐ No ☐
Su hijo/a necesita medicamentos? Yes ☐ No ☐
Si es así, usted debe llenar el Formulario de Solicitud de Asistencia de Medicamentos (en el otro lado) para todos los medicamentos tomados en la escuela y esto incluye los medicamentos recetados y medicamentos de venta libre
Esta reciviendo medecina? Yes ☐ No ☐
(Si, cual es el nombre de la medecina) _____

En caso que mi hijo se encuentre seriamente enfermo o se daña en la escuela, les doy mi consiento de transportar y tratar a mi hijo/a por este medio según lo necesario por los personales de la escuela y la institución médica de recepción. Entiendo que yo como padre soy responsable de todos los costos

_____ _____
FIRMA DE PADRES FECHA