



POR FAVOR DEVOLVER JUNTO CON LOS DOCUMENTOS DE MATRICULA

_____ **HOJA DE EVALUACION DE SALUD**
(Escuela) (Health Assessment Form)

INFORMACION DEL ESTUDIANTE

Estudiante _____ Grado _____
Dirección _____ Telef. _____
Fecha Nacim. _____ Edad _____ Sexo F M Escuela Anterior _____
Madre o Tutor Legal _____ Teléfono _____
Padre o Tutor Legal _____ Teléfono _____
Tel.Celular Papa _____ TelCelular Mama _____
Médico _____ Teléf. _____ Hospital _____
Dentista _____ Teléf. _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA (en caso de no poder encontrar a los padres o tutor legal)

1.Nombre _____ Teléfono _____
2.Nombre _____ Teléfono _____

ESTADO DE SALUD (por favor marque los casos que apliquen)

<input type="checkbox"/> ADD / ADHD (Desorden Déficit de Atención)	<input type="checkbox"/> Problema Alimenticio
<input type="checkbox"/> Alergias (De gravedad)	<input type="checkbox"/> Enfermedad Glandular
<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Problema Gastrointestinal (Estómago / Intestinos)
<input type="checkbox"/> Artritis / Tejido Conectivo	<input type="checkbox"/> Desorden Genético
<input type="checkbox"/> Asma / Hiperreactividad Bronquial	<input type="checkbox"/> Oídos/Sordera
<input type="checkbox"/> Comportamiento / Emocional / Sicológico	<input type="checkbox"/> Migrañas/Dolores de Cabeza
<input type="checkbox"/> Desorden de la Sangre	<input type="checkbox"/> Desorden Musco-Esquelético
<input type="checkbox"/> Cerebro / Desorden del Sistema Nervioso	<input type="checkbox"/> Prótesis
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Cardiovascular (Corazón/ Sangre)	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la Piel
<input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral	<input type="checkbox"/> Columna Bífida
<input type="checkbox"/> Fibrosis Quística	<input type="checkbox"/> Problemas del Sistema Urinario / Riñones
<input type="checkbox"/> Desarrollo Tardío	<input type="checkbox"/> Ojos/Ceguera
<input type="checkbox"/> Diabetes	

Historial de Cirugías/Otros (Por favor enumere):

- Por favor explique detalladamente las respuestas que marcó arriba (incluya gravedad y síntomas de alergias)

- Por favor indique las medicinas que su estudiante tome con regularidad _____

- De ser aplicable, por favor indique restricciones para educación física _____
- Por favor incluya otros factores que deban ser conocidos por la enfermera de la escuela, consejera y maestro(s) de clase que pudieran afectar la experiencia escolar de su estudiante _____
504 Plan en archivos? SI NO

_____ Firma del Padre, Madre o Tutor Legal _____ Fecha _____

POR FAVOR COMPLETE AMBOS LADOS DE ESTA HOJA



**Distrito Escolar de Blue Valley
Servicios al Estudiante**

Permiso para Administrar Medicinas Aprobadas – Sin Necesidad de Receta Médica

Estudiante _____ Grado _____

Por favor marque las medicinas que desee estén a disposición de su estudiante de ser necesario:

No todas las medicinas nombradas abajo están siempre disponibles en la Sala de Enfermería

- Acetaminofen (similar a Tylenol)
- Ibuprofen (similar a Motrin o Advil)
- Pastillas para la Garganta/Caramelos para la Tos
- Antiácidos (similar a Tums)
- Lociones, cremas o ungüentos (similar a Calamine, Cortaid)
- Benadryl (para síntomas de alergia)

El personal de la escuela debe tener autorización de los padres para administrar medicinas sin necesidad de receta médica. Equivalentes genéricos en la Enfermería de la escuela pueden ser utilizados en lugar de la marca original por ser más económicos. La Enfermera de la Escuela o personal delegado administrará las medicinas aprobadas según crea conveniente usando su criterio. **Si los padres de familia envían medicamentos que no necesiten receta médica para ser administrados en la escuela, estos deben estar en el envase original y acompañados de una nota explicando la razón por la cual este medicamento es necesario.**

- Por favor indique las medicinas que su estudiante tome con regularidad _____

- Por favor liste cualquier alergia o sensibilidad conocida que su niño/a tenga _____

- Doy permiso para que mi estudiante reciba las medicinas indicadas en esta hoja, según la enfermera de la escuela o personal delegado crean necesario.

Entiendo que el empleado de la escuela que administre estas medicinas de acuerdo a la dosis apropiada, no será responsable por daños como resultado de una reacción negativa de la medicina administrada.

Firma del Padre/Madre o Tutor Legal

Fecha

O

- NO DOY** permiso para que mi estudiante reciba ninguna medicina en la escuela

Padre/Madre o Tutor Legal

Fecha