

Plano Community Unit School District #88
Historial Médico del Alumno – 2010-11

Esta forma debe de ser llenada por el Padre o Tutor y permanecerá en la Enfermería de la Escuela.

Alumno:		Fecha de Nac.:
Dirección:		
Teléfono:		Tel. de Emergencia:
Escuela:		Grado: Maestra/o:
Nombre de su Doctor:		
Dirección de su Doctor:		
Tel. del Consultorio:		Tel. de Emergencia:
Nombre de su Dentista:		
Dirección de su Dentista:		
Tel. del Consultorio:		Tel. de Emergencia:
Medicamentos Diarios (liste el nombre y la dosis): <i>Incluya medicamentos que toma en casa. Si debe de tomarlos en la escuela, debe de llenar la forma de Autorización de Medicamentos en la Escuela. Debe de llenarla su Doctor y estar archivada en la Oficina de la Escuela.</i>		
Alergias-(de peligro de vida):	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Favor de escribir cuales:
Alergias-Otras:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Favor de escribir cuales:
Asma:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Favor de explicar:
Trastorno Sanguíneo:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Favor de explicar:
Diabetes:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Favor de explicar:
Problemas del Oído:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Favor de explicar:
Problemas con la Visión:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Favor de explicar:
Lentes/Pupilentes:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Lentes, pupilentes ó ambos:
Problemas del Corazón:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Favor de explicar:
Hospitalizaciones:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Que tipo y a que edad:
Problemas de Salud Mental:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Favor de explicar:
Problemas Musculo-esqueléticos:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Favor de explicar:
Problemas Neurológicos:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Favor de explicar:
Restricciones Físicas:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Favor de describir:
Convulsiones:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Favor de explicar:
Lesiones Graves:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Que tipo y a que edad:
Cirugías:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Que tipo y a que edad:

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Petición para hablar con personal escolar:

Si su alumno tiene una **condición crónica de salud** que impacte su día escolar y quisiera hablar con la enfermera, favor de marcar la cajilla y escribir su número de teléfono para contactarlos durante el día:

Sí, Me gustaría que la enfermera me hablara al:
 (____)____-_____

Nombre del Padre _____

Autorización para Tratamiento Médico en caso de Emergencia:

En caso de una emergencia médica, y después de intentos razonables de ser contactado sin éxito en los números telefónicos provistos, Yo, como Padre o Tutor de (*nombre del alumno*)

_____ doy mi autorización para que (1) mi hijo/a reciba tratamiento medico por un doctor con licencia médica en caso de emergencia, y que bajo su opinión piense que su vida puede estar en peligro, puede ser causa de desfiguración, impedimento físico ó severa incomodidad si se deja pasar tiempo, y (2) que pueda ser transportado a un hospital razonablemente accesible **a mi costo:**

 Firma del Padre o Tutor

 Fecha

Favor de escribir los números telefónicos:	
Hogar:	Trabajo:
Celular:	Otro:

Autorización para el Historial Médico del Alumno:

Autorizo que el doctor de mi hijo/a haga entrega de su examen físico y registro de vacunas al Distrito Escolar de Plano No. 88 para completar el historial médico del alumno. Esta autorización es válida mientras su hijo/a pertenezca al Distrito Escolar de Plano #88.

 Firma del Padre o Tutor

 Fecha