

**La Información Médica 2016/2017
(Los padres deben rellenar los dos lados.)**

Por favor indiquen cualquiera condición médica que tiene su hijo/a y sus medicamentos y respondan a las preguntas.
La enfermera puede compartir esta información con el personal de la escuela.

Nombre del estudiante:			Fecha de nacimiento:
Maestro/a:			Grado:
Condición Médica	✓ Si	Medicamentos y la hora que las deben tomar	Descripción
ADD/ADHD			
Alergias: Estacional _____ Ambiental _____ Comidas _____ Otra _____		¿Su niño ha tenido una reacción anafiláctica? ¿La alergia ha sido diagnosticada por un médico? ¿Su niño ha tenido que usar un Epi-Pen?	¿A que? tipo de reacción: Fecha que usó el Epi-pen:
la artritis			
la asma			fecha del último episodio: causantes conocidos:
la enfermedad del autismo/Asperger's			
el cáncer			tipo: en tratamiento o en remisión
el parálisis cerebral			ayuda para caminar:
el fibrosis quística			
la diabetes			insulina a través de: bomba o inyección
el síndrome de Down			
epilepsia / convulsiones		Fecha de la última convulsión _____ Medicamento _____	Diastat _____ Fecha del último uso _____
las infecciones del oído frecuentes			¿tubos? Si o No
los dolores de cabeza/las migrañas			¿Con que frecuencia? causantes conocidos
los problemas auditivos			Tiene un audífono: izquierda o derecha implante coclear:
insuficiencia cardíaca			detalles:
la hemofilia			
la hipertensión arterial			
los problemas con los riñones o la vejiga			detalles:
los problemas menstruales			detalles:
la esclerosis múltiple			ayuda para caminar:
la distrofia muscular			ayuda para caminar:
las hemorragias nasales			la frecuencia:
los problemas ortopédicos			detalles: ayuda para caminar:
un trastorno psicológico		¿Tiene su hijo vaya a un terapeuta? Si o No	detalles:
la enfermedad drepanocítica			
los problemas de piel, la eczema, la pigmentación anormal de la piel (café-au-lait, hemangiomas, mongolian spots, etc.)			detalles:
Espina Bífida			
los problemas del estómago			detalles:
los problemas de la vista		Fecha de la última examen de los ojos:	Lleva: Lentes o lentes de contacto Por: sólo lectura o todo el día escolar
vacunas		¿Ha recibido su hijo las vacunas infantiles?	Si o No
lesión en la cabeza/conmoción cerebral		¿Ha sufrido su hijo de una lesión en la cabeza o una conmoción cerebral en el último año?	detalles:
★ ¿Su hijo/a necesita tomar medicamentos durante el día escolar? Si ___ No ___ Esto incluye inhaladores, Epi-Pens, Diastat y Glucagón			
Si sí, es necesario tener una autorización escrita del médico. La escuela tiene los formularios necesarios.			
Mi hijo/a no tiene problemas de salud. _____ Por favor marque con sus iniciales. _____			

Por favor complete el reverso de este formulario antes de regresarlo a la escuela

