Por favor responda en inglés

Scappoose School District 1J
Scappoose, OR, 97056-3326

Spanish

Registration Attachment
Health Information

Nombre de la escuela: _____ Fecha de hoy: _____

Nombre del alumno: _____ No. del alumno: _____

Grado: _____ No. de sala: _____

Información de salud

La siguiente información es considerada confidencial y está destinada sólo a los maestros, director, personal de enfermería/salud de la escuela, o demás personas que estén en contacto y a cargo de su hijo durante el día escolar. Si prefiere hablar personalmente con el personal de enfermería/salud de la escuela sobre cualquiera de los siguientes temas, marque aquí _____ y nos comunicaremos con usted.

Teléfono hogar: ( ) _____ Teléfono oficina: ( ) _____ Firma: _____

MARQUE TODAS LAS AFECCIONES QUE TENGA SU HIJO:

_____ Cáncer _____ Enfermedad a los riñones/vejiga _____ Problemas en la vista _____ ADD

_____ Diabetes _____ Convulsiones _____ Problemas de audición _____ ADHD

_____ Afección cardíaca _____ Problema ortopédico/óseo _____ Problemas sociales/emocionales/de la conducta

_____ Autismo _____ Problemas intestinales _____ En tratamiento sicológico

____ Alergia a:_____ Grave Sí_____ No _____

____ Asma Provocada por _____

Grave Sí _____ No _____

¿Tiene seguro médico? Sí _____No _____ ¿Qué tipo? _____

¿La afección antedicha ha sido diagnosticada por un médico? Sí _____ No _____

Si es así, ¿cuál es el nombre del médico?_____ No. telefónico ( ) _____

¿Podemos obtener esta información? Sí_____ No _____ Si es así, por favor firme un formulario de divulgación de información, el cual puede solicitar en la secretaría de la escuela.

¿Qué hace el niño para controlar su propia afección? _____

_____

¿Cómo puede ayudarlo el maestro en la escuela? _____

_____

¿Qué síntomas deberíamos informarle a usted?_____

_____

Toma medicamentos diariamente en _____el hogar_____la escuela

El medicamento es:_____

Para: _____

SI SU HIJO DEBE RECIBIR MEDICAMENTOS MIENTRAS ESTÁ EN LA ESCUELA, EL MÉDICO TRATANTE Y AL MENOS UNO DE LOS PADRES O APODERADOS LEGALES DEL NIÑO DEBEN LLENAR Y FIRMAR UNA AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS (capítulo 195-182). PUEDE SOLICITAR ESTE FORMULARIO EN LA SECRETARÍA DE LA ESCUELA.

¿Permiso para examen auditivo? _____Sí _____No (No. 912)

Proporcione cualquier información no incluida anteriormente que considere que debamos saber sobre la salud física, mental o emocional de su hijo que podría afectar su rendimiento escolar o requerir consideración especial (por ejemplo, limitación de actividades, etc.).

_____

_____

_____

OFFICE USE ONLY			
Alert Flag 78	Health Code [1] 125	Health Code [2] 125	Health Code [3] 125

Rev. 04/03

© TransACT 2017 v 22
Lynnwood, WA 98036
868979