**(SCHOOL NAME)**

# Formulario de información médica

**Estudiante:**

Nombre legal: Apellido \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Segundo Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sufijo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*Sexo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pronombres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*Inscripción para grado: \_\_\_\_\_\_ Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio principal: \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Contactos de emergencia los padres/tutores:**

Nombre del contacto principal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación con el estudiante:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono alternativo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo electrónico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de contacto secundario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación con el estudiante:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono alternativo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo electrónico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Contactos de emergencia adicionales:**

Nombre de contacto alternativo: \_\_\_\_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_

Nombre de contacto alternativo: \_\_\_\_\_\_\_\_ Relación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Tiene el estudiante un plan de estudios vigente?** ☐ IEP o ☐ 504

## Marque los problemas de salud que el estudiante tiene ahora o ha tenido en el pasado:

* Pesó menos de 5 libras al nacer ☐ Retraso de desarrollo ☐ Alergias (anote abajo) ☐ Lesiones significativas
* Discapacidades/limitaciones ☐ Infección/dolor de oídos ☐ Pérdida auditiva ☐ Problemas del sueño
* Conmoción cerebral /Lesión craneal ☐ Problemas significativos de la piel ☐ Visión ☐ Anteojos/lentes
* Problemas de estómago/úlceras ☐ Enfermedad del corazón ☐ Enfermedad de huesos/articulaciones ☐ Asma
* Alimenticios/de peso ☐Enfermedad de la sangre ☐ Bronquitis frecuente ☐ Convulsiones
* Frecuentes infecciones de la garganta ☐Diabetes/hipoglicemia ☐ Operaciones ☐ Dolor de cabeza
* Trastorno de atención/nervios ☐Neumonía ☐ Emocionales ☐ Otro (explique abajo)

## Si ha tenido alguno de los anteriores, por favor explique: \_\_\_\_\_\_¿El estudiante tiene seguro de salud? ☐Privado ☐CHP+ ☐Medicaid ☐IHS ☐Ninguno

¿Tiene seguro para la visión? ☐ Sí O ☐No

¿Está el estudiante bajo cuidado médico actualmente? ☐ Sí ☐No

## En caso afirmativo, describa:

¿Su hijo toma medicamentos? ☐ Sí O ☐No

Tipo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dosis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Vez/veces dada \_\_\_\_\_\_\_\_\_¿Los toma en la escuela? ☐Sí O ☐No

Medicamentos tomados en caso de emergencia: ☐Epi-Pen ☐ Inhalador ☐Otro   
(Para todos los medicamentos administrados en la escuela, se requiere un formulario de permiso para medicamentos).

Nombre del médico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre del odontólogo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono del médico \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_Nombre del optometrista \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_

Yo, el abajo firmante, por este medio autorizo a los funcionarios escolares a contactar directamente a las personas anotadas en este formulario, y autorizo a los médicos/dentistas nombrados a brindar tratamiento que considere necesario en caso de una emergencia, para la salud de dicho niño. En el caso de que los médicos, otras personas nombradas en este formulario, o los padres no puedan ser contactados, los funcionarios de la escuela están autorizaos a tomar las medidas que se consideren necesarias a su juicio. No responsabilizaré financieramente al distrito escolar por la atención o transporte de emergencia de dicho niño. También entiendo que los registros de vacunación de mi hijo podrían ser ingresados en el Sistema de información de Vacunación de Colorado.

Firma del padre/madre: Fecha:\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_