

Formulario de Salud Primaria Actualizada con Autorización Médica

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Maestro/a: _____ Grado: _____

Es muy importante que mantenga a la oficina al tanto de cualquier problema o cambio médico que ocurra durante el año escolar. Para asegurarnos de que la información en el archivo del estudiante está actualizada, por favor complete este formulario para cada estudiante que asiste a esta escuela.

¿Su niño tiene alergias? Sí No

Si es Sí, por favor explique: _____

¿Su niño tiene algún problem médico específico o que lo limita físicamente, y que deberíamos saber?

Sí No

Si es Sí, por favor explique: _____

¿Está su niño tomando alguna medicina? Sí No

Si es Sí, por favor liste las medicinas: _____

¿Será necesario que su niño tome la medicina en la escuela? Sí No

¿Tiene alguna preocupación acerca de problemas de aprendizaje, problemas de lenguaje o de habla, poca atención en clase, o por ser demasiado activo? Sí No

¿Su niño ha visitado un dentista durante el último año? Sí No

¿Su niño se ha revisado los ojos durante el último año? Sí No

¿Su niño usa lentes _____ o lentes de contacto _____? Sí No

Firma del Padre

Fecha

AUTORIZO a la enfermera y/o personal autorizado a dar a mi niño Ibuprofeno, Aspirina, pastillas para la tos, o antiácidos en la escuela por problemas menores. (Quejas de dolor de cabeza, dolores musculares u oseos, dolores por asuntos ortodónticos, dolores menstruales, garganta seca, dolores de estómago, y/o indigestión.)

Firma del Padre

Fecha

*Se podría pedir a los padres que consulten un doctor si el niño requiere medicinas muy frecuentemente (como tres veces por semana, por un período de dos semanas.)

Esta información puede compartirse con personal escolar a medida que se necesite.