Permiso para medicamentos de venta libre/Historial médico

Información del estudiante:

Nombre: _____
Fecha de nacimiento: __/__/__
Domicilio: _____
_____

Sexo: _____
Grado: _____
Fecha de ingreso a los EE.UU. (si corresponde):__/__/__
País de nacimiento: _____

Familia:

Padre/Tutor 1: _____
Relación con estudiante: _____
Teléfono: _____ Cel.: _____
Teléfono trabajo: _____
Idioma de preferencia: _____
Necesita traductor: SI / NO

Padre/Tutor2: _____
Relación con estudiante: _____
Teléfono: _____ Cel.: _____
Teléfono trabajo: _____
Idioma de preferencia: _____
Necesita traductor: SI / NO

Historial médico del estudiante:

ADD/ADHD: Si / No Infecciones del oído: Si / No
Alergias: Si / No Problemas auditivos: Si / No
¿Le han recetado una Epipen a su estudiante? Si/No
Asma: Si / No Condiciones del corazón: Si / No
¿Su estudiante necesita un inhalador? Si / No
Diabetes: Si / No Migrañas: Si / No
Depresión: Si / No Trastorno convulsivo: Si / No

Problemas visuales: Si / No
¿Tiene su estudiante otra condición médica?
_____
Por favor, mencione todas las medicaciones que toma su estudiante: _____
_____
Información adicional que la escuela deba tener en cuenta: _____
_____

La enfermera de la escuela puede administrar los siguientes medicamentos:

Acetaminofeno (Tylenol) : Si / No
Ibuprofeno (Motrin): Si / No
Antihistamínico: Si / No
Antiacidos (TUMS): Si / No

Contactos médicos del estudiante:

Nombre del médico: _____
Teléfono: _____
Nombre del dentista: _____
Teléfono: _____
Tipo de seguro médico: privado / público
Seguro médico: _____
Número de póliza: _____
Teléfono: _____

Firma del padre/tutor

Autorizo que la enfermera de la escuela y/o el médico de cabecera compartan información relevante al estado de salud de mi estudiante con el personal escolar apropiado cuando sea necesario para satisfacer las necesidades de salud y seguridad de mi estudiante. Autorizo que se comparta información con el médico de cabecera de mi estudiante con el propósito de derivación, diagnóstico y tratamiento Valid Electronic

Firma: _____ **Fecha:** _____