

# Información Confidencial Pertinente a la Salud para Casos de Emergencia

**¡¡ESTA FORMA DEBE LLENARSE Y DEVOLVERSE INMEDIATAMENTE!!**

Nombre: \_\_\_\_\_ F/Nac. \_\_\_\_\_ Sexo M F  
Apellido Primer nombre Inicial del Segundo nombre

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Maestro(a) \_\_\_\_\_

**ALERTA A LOS PADRES:** Si su niño padece una condición médica seria, es vital que usted la comente inmediatamente con el Maestro(a) Y con la Enfermera Escolar. Es sumamente importante tener conocimiento de situaciones que **PONEN EN PELIGRO LA VIDA.**

Para poder proveer un entorno seguro y saludable para su hijo/hija, las siguientes personas tendrán acceso a esta información: Director, enfermera, los maestros de su hijo/hija, secretarias, personal responsable de la cobertura de la sala de salud, y personal de emergencias médicas.

**A. Historial Médico** (marque aquellas que son aplicables a su hijo/hija y descríbalas bajo la sección de comentarios)

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD                       | <input type="checkbox"/> Epi-Pen                | <input type="checkbox"/> Otros _____          |
| <input type="checkbox"/> Ataque de Ansiedad/Pánico      | <input type="checkbox"/> Problemas del oído     | Explicar _____                                |
| <input type="checkbox"/> Asma                           | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos    | <input type="checkbox"/> Actividad E. Física: |
| <input type="checkbox"/> Picadura de abeja              | <input type="checkbox"/> Hiperventilación       | Limitada _____                                |
| <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico          | <input type="checkbox"/> Migraña                | No Limitada _____                             |
| <input type="checkbox"/> Trastorno del intestino grueso | <input type="checkbox"/> Problemas ortopédicos  | Explicar: _____                               |
| <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral             | <input type="checkbox"/> Ataques                | _____   |
| <input type="checkbox"/> Daltonismo                     | <input type="checkbox"/> Problemas de la visión | _____   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                       |   | _____   |

Comentarios: \_\_\_\_\_

**B. ALERGIAS**

Anote las alergias que tenga su hijo/hija, que pudieran causarle un problema en la escuela.

Causa de la alergia _____ →	Tratamiento _____
Causa de la alergia _____ →	Tratamiento _____
Causa de la alergia _____ →	Tratamiento _____

**C. MEDICAMENTO:**

Se le administra algún medicamento en su casa? Sí  No

Nombre del Medicamento 1) _____ →	Se usa para tratar 1) _____
2) _____ →	Se usa para tratar 2) _____

¿Se necesita el medicamento en la escuela? Sí  No

Nombre del Medicamento 1) _____ →	Se usa para tratar 1) _____
2) _____ →	Se usa para tratar 2) _____

**\*\*¿Está tomando su estudiante algún tipo de medicina herbaria?** Sí  No

Nombre del Medicamento 1) _____ →	Se usa para tratar 1) _____
-----------------------------------	-----------------------------

Antes de que pueda administrarse un medicamento en la escuela, el padre/madre y el médico tienen que llenar una forma de administración de medicamento, disponible en la oficina.

VUELTA>

D. Anote toda operación, lesiones u hospitalizaciones. Dé fechas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

E. ¿Usa su hijo/hija lentes de contacto? Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Anteojos? Sí \_\_\_ No \_\_\_

F. Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Número telefónico ( ) \_\_\_\_\_  
Nombre del Dentista: \_\_\_\_\_ Número telefónico ( ) \_\_\_\_\_  
Hospital de su preferencia: \_\_\_\_\_  
Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_

**Si no se puede establecer contacto con los padres y el médico autorizado en el momento de una emergencia, y si a juicio de las autoridades escolares es urgente una observación o tratamiento inmediato, ¿autoriza y ordena usted a las autoridades escolares enviar al niño o niña (debidamente acompañado) al hospital o al doctor de más fácil acceso?**

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Madre/Tutor: \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo/hija alguna alergia a un medicamento? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿A qué medicamento? \_\_\_\_\_

Nombres de los padres	_____	_____
	Madre	Padre
Número telefónico residencial:	( ) _____	( ) _____
Número telefónico en el trabajo:	( ) _____	( ) _____
Número de biper:	( ) _____	( ) _____
Número de teléfono celular:	( ) _____	( ) _____

Dirección del Domicilio \_\_\_\_\_  
Ciudad/Código Postal \_\_\_\_\_

El estudiante vive con: La madre  El Padre  Ambos

Otro:  Nombre \_\_\_\_\_ Número telefónico ( ) \_\_\_\_\_

**EN CASO DE UNA EMERGENCIA MÉDICA, SI NO SE PUEDE ESTABLECER COMUNICACIÓN CON EL PADRE/ MADRE O TUTOR, POR FAVOR COMUNICARSE CON:**

NOMBRE \_\_\_\_\_ TELÉFONO RESIDENCIAL ( ) \_\_\_\_\_  
TELÉFONO CELULAR ( ) \_\_\_\_\_