



Departamento de enfermería – Forma Médica Obligatoria
(Complete Una forma por estudiante)

Información del estudiante:				
Fecha: ____ / ____ / ____	Grado: ____	Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____		
Nombre: _____ / _____				
Apellido	Primer nombre	Segundo Nombre	Nombre de preferencia	
Nombres de los padres o tutores: _____				
Teléfono de casa: _____		Celular de la madre: _____		Teléfono del trabajo de la madre: _____
Correo electrónico: _____		Celular del padre: _____		Teléfono del trabajo del padre: _____
Forma de comunicación deseada: <input type="radio"/> Correo electrónico <input type="radio"/> Teléfono celular <input type="radio"/> Teléfono del trabajo				
Persona de contacto en caso de emergencia: _____				Tel: _____
Alergia(s) a medicamentos: <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Sí (Liste): _____				
Médico familiar: _____			Tel de oficina: _____	

Mi hijo(a) NO PADECE NINGUNA CONDICION MEDICA. (Si su hijo(a) no padece ninguna condición medica y no necesita medicamentos en la escuela, puede detenerse aquí. *Favor de firmar en la parte de abajo y regresar la forma a la escuela.*)

Información Médica Estudiantil:				
<input type="radio"/> Asma	Activadores:	<input type="radio"/> Ambiente/Estación	<input type="radio"/> Ejercicio	<input type="radio"/> Infección Respiratoria
		<input type="radio"/> Other: _____		
	Se necesita un inhalador disponible en la escuela? <input type="radio"/> Sí (Se requiere Permiso médico) <input type="radio"/> No			
	Ubicación del inhalador: <input type="radio"/> Enfermería <input type="radio"/> Salón de clases <input type="radio"/> Con el estudiante (Se requiere de Forma de llevar consigo)			
<input type="radio"/> Diabetes	<input type="radio"/> Tipo I <input type="radio"/> Tipo II	Fecha de diagnóstico: _____	Insulina Por: <input type="radio"/> Bomba <input type="radio"/> Inyecciones	
	¿Es el alumno independiente con su cuidado? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No			
<input type="radio"/> Allergias	Comida:	<input type="radio"/> Cacahuates <input type="radio"/> Nuez de árbol <input type="radio"/> Leche <input type="radio"/> Otros: _____		
	Picadura severa:	<input type="radio"/> Abejas <input type="radio"/> Avispas <input type="radio"/> Hormigas <input type="radio"/> Otros: _____		
	Por favor describa el tipo de reacción: _____			
***Notifique a la escuela, enfermera y maestro(s) si puede ocurrir anafilaxis, y traiga medicamento con permiso el primer día de clases.				
<input type="radio"/> Convulsiones	(Explique): _____			
<input type="radio"/> En el último año, ¿su hijo(a) ha tenido un historial de lesiones/contusiones en la cabeza?	Si es así, explique las lesiones/contusiones que ha tenido su hijo(a): _____			
<input type="radio"/> ADHD, ODD, Ansiedad	(Explique): _____			
<input type="radio"/> Otras condiciones:	_____			
¿Toma su hijo(a) algún medicamento(s) de rutina? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes Lista de medicamentos: _____				

¿Necesita su hijo(a) tomar algún medicamento(s) en la escuela? Si su hijo(a) necesita tomar medicamentos en la escuela, favor de proporcionar los consentimientos y medicamentos necesarios. Las políticas de medicamentos y las formas de consentimiento se encuentran en la página web de Union Academy o contacte a la enfermera.				
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí Lista de medicamentos: _____				

La información de esta forma es correcta en mi conocimiento y doy permiso al personal de la escuela/enfermera de compartir esta información en cuanto a la(s) condición(es) médicas de mi hijo(a) con los empleados pertinentes, con mi médico familiar o personal de emergencia. También doy permiso a Union Academy para llamar al 9-1-1 y transportar a mi hijo(a) al hospital si se requiere de cuidados de emergencia.

Padre/Tutor legal: _____ **Fecha:** _____

Firma