



Escuelas de Winston-Salem/Forsyth County Historial Médico del Estudiante e Información Médica en Caso de Emergencia

Nombre del Estudiante:	Escuela:	
Nombre del Padre, Tutor, o Encargado:	Grado:	Fecha de Nacimiento:
Numero de Teléfono de la Casa:	Numero de Teléfono del Trabajo:	

Por favor complete este breve formulario de historial medico y regréselo al maestro/a de su hijo/a o a la escuela lo mas pronto posible. Esta información es necesaria para cuidar a su hijo/a en caso de enfermedad o lesión y para resolver las necesidades médicas en la escuela. Si su hijo/a necesita medicamentos en la escuela, una **Forma de Administración de Medicamento** (*Administration of Medication Form*) debe ser completada y regresada al maestro/a o la escuela. La forma se puede obtener en la escuela. Contacte a la secretaria de la escuela si usted necesita hablar con la enfermera de al escuela.

La información contenida en esta forma es confidencial como proveído por la ley federal, el Acta de Privacidad y Derechos de Educación de la Familia, *FERPA* (por sus siglas en inglés), 20 USC 1232g y ley estatal. Solo esos empleados de la escuela con una buena razón educativa pueden tener acceso e inspeccionar esta forma. La enfermera de la escuela tiene el derecho de acceso a esta forma. En una emergencia relacionada a la salud, personal de emergencia pueden ser concedidos al acceso de la información en esta forma.

Donde recibe el niño/a cuidado médico:

Nombre del Médico/Clínica:	Teléfono:	Fecha del último examen físico:
Nombre del Dentista:	Teléfono:	Fecha del último examen dental:

Tiene su hijo/a:

Alergias <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es sí, ¿a qué es alérgico/a su hijo/a?	¿Necesitara medicamento en la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es sí, ¿cuando fue el último ataque?	¿Necesitara medicamento en la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Diabetes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es sí, ¿necesita su hijo/a un plan de cuidado para su diabetes?	¿Necesitara medicamento en la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Convulsiones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es sí, ¿cuando fue la última convulsión?	¿Necesitara medicamento en la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas de la Vista <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Usa su hijo/a lentes o lentes de contacto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Problemas Auditivos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ha perdido el sentido de la audición? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Usa una prótesis de oído? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas del Corazón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es sí, explique el problema:	¿Necesitara medicamento en la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Se limita el ejercicio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas Ortopédicos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es sí, describa el problema:	

Otros problemas de salud Sí No Si es sí, describa por favor:

¿Hospitalizaron a su hijo/a o tuvo su hijo/a cambios significativos en su salud dentro del último año? Sí No
Si es sí, describa por favor:

Firma del padre, tutor, o encargado:	Fecha:
--------------------------------------	--------