

CORPORACION ESCOLAR de la COMUNIDAD de RIVER FOREST
Servicios de Salud Escolar

Paula Thompson, RN
Melinda S. Otero, RMA
Melissa Harris, RMA
Carmen Nilsa Cerrato, RMA

INFORMACION MÉDICA Y DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Fecha: _____

Nombre del estudiante _____ fecha de nacimiento _____ Grado _____
(Apellido) (Nombre) (Nombre del medio)

El nombre de la escuela que su hijo asistió anteriormente _____

Número de teléfono de escuela _____

En algún momento su hijo(a) ha estado en cualquier escuela de River Forest? () Si o () No.

Si su respuesta es Sí, favor de indicar (circular) cual escuela: **EVANS MEISTER RFI RFE RFJH RFHS**

Ha tenido el estudiante alguna de estas condiciones medica () Si () No (Si su respuesta es SI favor de indicar cual)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asma-necesita inhalador
Qué tipo de inhalador _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes- que clase _____ |
| <input type="checkbox"/> Catarro frecuente | <input type="checkbox"/> Cogidas (seizures) o cualquier tipo de ataques _____ |
| <input type="checkbox"/> Infección de garganta frecuente | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón _____ |
| <input type="checkbox"/> Infección de oídos frecuente | <input type="checkbox"/> Riñón/Problemas con la vejiga _____ |
| <input type="checkbox"/> Eczema o problemas de la piel frecuente | <input type="checkbox"/> Problemas con su vista |
| <input type="checkbox"/> Alergias (favor de marcar las que apliquen) | <input type="checkbox"/> Lentas <input type="checkbox"/> Contactos |
| <input type="checkbox"/> Reacción a las picadas de avispa _____ | <input type="checkbox"/> Otro (favor de indicar) _____ |
| <input type="checkbox"/> De alguna comida _____ | <input type="checkbox"/> Problemas con el oír _____ |
| <input type="checkbox"/> Otra: (favor de indicar) _____ | <input type="checkbox"/> Aparato auditivo(s) _____ |

Si alguna reacción ocurre, que reacción usted quiere que tome la escuela? Otro _____

Tiene alguna invalides fisica (describa) _____

Favor de listar cualquier restricción fisica del estudiante: _____

() Favor de indicar si hay algún otro problema o condición médica que pueda impactar su día escolar (Ansiedad, ADHD, Depresión)

Favor de dar información en DETALLE como el estudiante es afectado o cual es su reacción a este problema o condición médica (Por ejemplo: La picada de avispa causa inflamación al instante). _____

Favor de listar que enfermedades el estudiante ha tenido (Favor de dar fechas)

Viruelas _____	Sarampión _____	Rubéola _____
Escarlata _____	Pulmonía _____	Otro _____

Historia Médica (información y fechas)

Enfermedades pasadas _____

Heridas o accidentes Serios _____

Operaciones _____

Favor de indicar si el estudiante toma medicamentos regularmente. () No () Yes (lista de medicamento(s), dosis(s), cuantas veces, y razón): _____

Medicamento requerido (1) _____ (razón) _____ Hora: _____

Durante horas de la escuela: _____

(2) _____ (razón) _____ Hora: _____

SI ATENCION MEDICA O DENTAL ES NECESITADA, USTED NOS DA PERMISO PARA LLAMAR EL DOCTOR O DENTISTA DE SU HIJO(A)? () SI () NO (Si en este momento usted no tiene doctor o dentista, favor de suplir nos esta información en el futuro.)

NOMBRE DEL DOCTOR DE SU FAMILIA

NUMERO DE TELEFONO

NOMBRE DEL DENTISTA DE SU FAMILIA

NUMERO DE TELEFONO

Yo entiendo que la escuela me puede pedir documentos para verificar la información que yo he proveído. Yo también entiendo que esta información es CONFEDENCIAL; y será usada exclusivamente para el uso del departamento de Servicio de Salud de la escuela de River Forest, y sus empleados.

Yo doy autorización para que esta información médica sea compartida con los empleados apropiados de la escuela para asegurar la mejor asistencia médica que les corresponda a mis hijos mientras están en la escuela. Esta información será guardada en una lista confidencial medica atreves del sistema electrónico (computadora). Si usted no quiere que su hijo(a) sea parte de esta lista, favor de proveer un carta indicando que usted no quiere que su hijo(a) sea parte de esta lista. Favor de proveer esta carta a la enfermera de la escuela.

Firma de padre o guardián: _____

Fecha: _____

FAVOR DE MANDAR CUALQUIER COPIA OFFICIL DE VACUNAS RECIENTE QUE HA RECIBIDO

SI SU HIJO(A) VA ESTAR TOMANDO CUALQUIER TIPO DE MEDICAMENTO DE CON O SIN PERSCRIPCION, USTED TIENE QUE LLENAR LA FORMA DE AUTORIZACION MEDICA QUE ESTA LOCALISADA EN LA OFFICINA DE LA ESCUELA Y DE LA ENFERMERA.