

Distrito Escolar de la Ciudad de Rochester

Información sobre Servicios de Salud del Estudiante

*Padres o Tutores, favor de llenar como parte del paquete de registro de su hijo(a).
La siguiente información es necesaria para completar el Récord de Salud de su hijo(a).*

M F

Nombre legal del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Grado/HR _____ Sexo _____

Dirección principal _____ Código postal _____

Teléfono del hogar _____

Nombre de Madre/Tutor _____ Teléfono celular _____ Lugar de trabajo _____ Teléfono del trabajo _____

Nombre de Padre/Tutor _____ Teléfono celular _____ Lugar de trabajo _____ Teléfono del trabajo _____

Número de teléfono donde puede ser contactado durante horas de clase: _____

¿Con quién vive su hijo(a)? Ambos padres Tutor Madre Padre Padrastros Otro

Nombre del médico _____ Número de teléfono _____

¿Tiene su hijo(a) seguro medico?: Sí: No: Aseguradora: _____

Persona a contactar en caso de emergencia:

Nombre _____ Relación _____ Número de teléfono _____

Favor de proveer el año en que su hijo(a) haya tenido cualquiera de las enfermedades o condiciones anotadas:

Enfermedades	Condiciones	Problemas de la vista:
Varicelas _____	Accidente, lesión, hospital _____	Lentes correctivos Sí ___ No ___ ¿Son lentes resistentes al impacto? Sí ___ No ___
Sarampión Alemán _____	Síndrome de hiperactividad _____	Cuándo se deben usar los espejuelos? Trabajo en la pizarra: Sí ___ No ___ Trabajo en papel: Sí ___ No ___ Educación Física: Sí ___ No ___ Todo el tiempo: Sí ___ No ___
Rubeola _____	Alergia a (enumere):	Pérdida de visión en un ojo: Sí ___ No ___ Discapacidad visual: Sí ___ No ___
Paperas _____	Alimento _____	Hernia _____ Reparada _____
Fiebre reumática _____	Insecto _____	Defecto del corazón _____
Fiebre escarlatina _____	Medicina _____	Presión sanguínea alta _____
Amigdalitis _____	Amenaza de vida: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Problema del lenguaje/expresión _____
Tuberculosis (TB) _____	Si es cierto, ¿necesita medicamentos?	Discapacidad del aprendizaje _____
TB en Asociados _____	¿Escuela? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Pérdida/discapacidad de uno de los órganos pares: (riñones. testículos) _____
Otra _____	Asma _____	Diagnosis de salud mental _____
<u>Plomo</u>	Artritis _____	Problemas ortopédicos _____
Niveles altos de plomo _____	Síndrome de espectro autista _____	Escoliosis _____
	Problema de conducta _____	Medicamentos recetados: Diario _____ Cuando necesite _____
	Problema de la sangre _____	Razones _____
	Convulsiones o trastorno neurológico _____	
	Enfermedad crónica _____	
	Problemas dentales _____	
	Diabetes _____	
	Problemas del oído _____	

Si su hijo(a) tiene cualquier condición que amenace su vida, favor de explicar al dorso de esta página. La ENFERMERA en la escuela de su hijo(a) hablará con ustedes acerca de esto.

Distrito Escolar de la Ciudad de Rochester
Información sobre Servicios de Salud del Estudiante

A SER COMPLETADO POR LOS PADRES O TUTORES

Mi hijo(a) tiene una de las siguientes condiciones que amenazan la vida y va a necesitar un plan de cuidado de emergencia completado por la enfermera y por mí con la orientación escrita por nuestro médico privado. Entiendo que es mi responsabilidad proveer las órdenes del médico y cualquier medicación de salvamento de vida prescrita a la enfermera de la escuela. Entiendo que si mi hijo(a) necesita cargar con medicamentos de salvamento de vida, tengo que recibir aprobación administrativa antes y tengo que proveer una segunda dosis a la oficina de salud escolar en caso de que mi hijo(a) pierda el medicamento de salvamento de vida.

Nombre legal del estudiante _____

Favor de especificar:

Alergia que puede ser mortal: Comida Insecto Medicina _____

Asma _____

Diabetes _____

Ataques controlados mal _____

Graves problemas para tragar o asfixia _____

Enfermedad del corazón relevante _____

Otro _____