



# FORMULARIO MÉDICO ANUAL

AÑO ESCOLAR \_\_\_\_\_

<b>Estudiante</b>		Padre o tutor	Teléfono
Fecha de nacimiento	Grado		
Dirección		Madre o tutor	Teléfono
<input type="checkbox"/> Joven no acompañado		Emergencia	Teléfono
Médico		Odontólogo	
Teléfono	Última visita	Teléfono	Última visita

Alergias peligrosas:

Medicamento de emergencia	Último episodio
---------------------------	-----------------

Indique si su hijo sufre de:

<input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsiones <a href="#">Formulario de entrevista en caso de convulsiones</a>	<input type="checkbox"/> Diabetes <a href="#">Formulario de entrevista en caso de diabetes</a>
<input type="checkbox"/> Asma o alguna afección pulmonar <a href="#">Formulario de entrevista en caso de asma</a>	<input type="checkbox"/> Afección cardiovascular
<input type="checkbox"/> Drepanocitosis <input type="checkbox"/> Hemofilia <input type="checkbox"/> Otro trastorno sanguíneo	<input type="checkbox"/> Historia de operaciones, hospitalizaciones o trauma
<input type="checkbox"/> Afección de salud mental	<input type="checkbox"/> Otro

Enumere todos los medicamentos que su hijo toma en casa.

Medicamento	Concentración, dosis y vía de administración	Hora del día

Si su hijo necesita tomar su medicamento durante el día escolar, llene este formulario:

[Formulario de autorización para administración de medicamentos](#)

La enfermera escolar puede proporcionarle los recursos para ayudar a su familia, si requiere asistencia con alguna de las gestiones que se enumeran a continuación:

<input type="checkbox"/> Obtener seguro de salud <input type="checkbox"/> Encontrar un médico, odontólogo o profesional de salud	<input type="checkbox"/> Vivienda <input type="checkbox"/> Vestimenta <input type="checkbox"/> Alimentos
---	--

Al firmar abajo, autorizo a la enfermera escolar a compartir información acerca de la salud de mi hijo con el personal escolar y médico apropiado para la seguridad continua de mi hijo en la escuela.

Padre, madre o tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_