|  |  |
| --- | --- |
| SAMPLE: INSERT LOGO/SAU/SCHOOL NAME | FORMULARIO MÉDICO ANUALAÑO ESCOLAR \_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Estudiante**Fecha de nacimiento Grado | Padre o tutor TeléfonoMadre o tutor TeléfonoEmergencia Teléfono |
| Dirección* Joven no acompañado
 |
| MédicoTeléfono Última visita | OdontólogoTeléfono Última visita |
| Alergias peligrosas: |
| Medicamento de emergencia  | Último episodio |

Indique si su hijo sufre de:

|  |  |
| --- | --- |
| * Epilepsia o convulsiones

[Formulario de entrevista en caso de convulsiones](https://www.maine.gov/doe/sites/maine.gov.doe/files/inline-files/School%20Health%20Services%20-%20Sample%20Seizure%20Interview%20%5BSpanish%5D%20-%208.21.2024.docx)  | * Diabetes

[Formulario de entrevista en caso de diabetes](https://www.maine.gov/doe/sites/maine.gov.doe/files/inline-files/School%20Health%20Services%20-%20Sample%20Diabetes%20Interview%20%5BSpanish%5D%20-%208.21.2024.docx)  |
| * Asma o alguna afección pulmonar

[Formulario de entrevista en caso de asma](https://www.maine.gov/doe/sites/maine.gov.doe/files/inline-files/School%20Health%20Services%20-%20Sample%20Asthma%20Interview%20%5BSpanish%5D%20-%208.21.2024.docx)  | * Afección cardiovascular
 |
| * Drepanocitosis
* Hemofilia
* Otro trastorno sanguíneo
 | * Historia de operaciones, hospitalizaciones o trauma
 |
| * Afección de salud mental
 | * 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](https://www.maine.gov/doe/sites/maine.gov.doe/files/inline-files/School%20Health%20Services%20-%20Sample%20Medication%20Authorization%20%5BSpanish%5D%20-%208.21.2024.docx)

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:

|  |  |
| --- | --- |
| * Obtener seguro de salud
* Encontrar un médico, odontólogo o profesional de salud
 | * Vivienda
* Vestimenta
* 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_