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

|  |  |
| --- | --- |
| **Estudiante**  Fecha de nacimiento Grado | Padre o tutor Teléfono  Madre o tutor Teléfono  Emergencia Teléfono |
| Dirección   * Joven no acompañado |
| Médico  Teléfono Última visita | Odontólogo  Teléfono 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_