



Petersburg City Public Schools

Escuela _____

Año escolar _____

Grado _____

Maestro _____

Formulario de historial de salud del estudiante

Este formulario debe completarse, firmarse y devolverse a la enfermera de la escuela dentro de los 10 días

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Género _____

Dirección: _____

Nombre de la Madre _____ Teléfono actual _____

Correo electrónico _____ Teléfono celular _____

Teléfono del trabajo _____ Teléfono alternativo _____

Nombre del Padre _____ Teléfono actual _____

Correo electrónico _____ Teléfono celular _____

Teléfono del trabajo _____ Teléfono alternativo _____

Este niño está bajo la custodia de: Madre Padre Ambos Otro (Favor indique) _____

Hermanos(as) en las escuelas de Petersburg _____

Contactos de Emergencia (Puede recoger el estudiante de la escuela)

- | | | | |
|----|--------------|----------------|-----------------|
| 1. | Nombre _____ | Relacion _____ | Telefono# _____ |
| 2. | Nombre _____ | Relacion _____ | Telefono# _____ |
| 3. | Nombre _____ | Relacion _____ | Telefono# _____ |

Nombre del doctor _____ Numero de Telefono _____

PROBLEMAS DE SALUD

Favor de marcar las que le apliquen al estudiante

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias (describa abajo) | <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Anemia falciforme |
| <input type="checkbox"/> Comida; Benadryl/ Epi-pen | <input type="checkbox"/> Colonoscopia | <input type="checkbox"/> Problemas cardiacos | <input type="checkbox"/> Espina Bifida |
| <input type="checkbox"/> Picada de abeja: Benadryl/ Epi-pen | <input type="checkbox"/> Fibrosis quística | <input type="checkbox"/> Trastorno de la presión arteria | <input type="checkbox"/> Espasmos /Ulceras |
| <input type="checkbox"/> Asma: Inhaler / Nebulizer | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Condición de la tiroides | <input type="checkbox"/> Traqueotomia |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Problemas auditivo | <input type="checkbox"/> Hiperventilacion | <input type="checkbox"/> Gafas de visión / Contactos |
| <input type="checkbox"/> Trastorno sanguineo /Hemofilia | <input type="checkbox"/> Trastornos alimenticio | <input type="checkbox"/> Desórdenes menstruales | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Trastornos Emocional | <input type="checkbox"/> Escoliosis | |
| <input type="checkbox"/> Cateterismo | <input type="checkbox"/> Tubo de alimentación | <input type="checkbox"/> Convulsiones | |

Por favor explique cualquier problema de salud marcado arriba: _____

Student Health History Form (continued)

Este formulario debe completarse, firmarse y devolverse a la enfermera de la escuela dentro de los 10 días

ALERGIAS

Describa las alergias conocidas a los alimentos, el medio ambiente, los medicamentos u otros. Describe la reacción y el tratamiento.

MEDICAMENTOS

Todos los medicamentos que deban administrarse durante el día escolar deben ser proporcionados a la enfermera de la escuela por el padre. Se requiere el permiso escrito de los padres y la orden del médico, según sea necesario, antes de que se administren los medicamentos en la escuela.

¿Está su hijo tomando algún medicamento? No Si

En caso que la respuesta es si, describa a continuación..

Identifique todos los medicamentos recetados y no recetados, y la condición que los requiere:

IMPORTANTE !!!

1. *Todos los medicamentos recetados y de venta libre deben ser proporcionados a la enfermera por el padre.*
2. *Se requiere un permiso por escrito antes de que se pueda administrar el medicamento.*
3. *Los padres / tutores deben proporcionar todos los medicamentos y suministros de tratamiento.*
4. *Los estudiantes deben tener todas las vacunas requeridas.*
 - a. *El registro de vacunación actualizado debe entregarse a la enfermera de la escuela..*
5. *La enfermera de la escuela debe ser informada de cualquier problema médico que su hijo esté experimentando.*
6. Mantenga a su hijo en casa si tiene:
 - a. *Una temperatura oral de 100 grados o mayor*
 - b. *Vómito*
 - c. *Diarrea*
 - d. *Erupción con fiebre*
 - e. *Aparecen gravemente enfermos*
7. *Llame a la escuela si su hijo está enfermo.*

Information de seguro medico

¿Tiene su hijo seguro de salud? Yes No

En caso que sí, marque la casilla correspondiente que identifique su tipo de seguro

Privado/Empleo

VA Premier

Famis

FAMIS PLUS

Sentara

CareNet

Medicaid

Anthem HealthKeepers PLUS

Otro _____

POR FAVOR VERIFIQUE LAS CAJAS Y FIRME ABAJO:

- Certifico que la información proporcionada en este formulario es correcta..
- Doy permiso para que la escuela comparta la información de este formulario con el maestro de mi hijo.
- Doy permiso para que la enfermera de la escuela contacte al médico de mi hijo cuando sea necesario

Fecha _____

Firma del padre/encargado