

INVENTARIO DE SALUD DEL ESTUDIANTE

PROBLEMAS DE SALUD E HISTORIA

(Por favor marque cada cuadro como sea apropiado)

- NO PROBLEMAS CONOCIDOS
- Asma: Limitaciones No Limitaciones
- ADD/ADHD
- Alergias: Medicamentos _____
Alimentos _____
- Autism / Autism Spectrum
- Se orina en la cama
- Defectos de nacimiento
- Problemas de Vejiga
- Ceguera
- Desordenes en la Sangre
- Problemas de los Huesos
- Problemas de intestinos
- Varicella Fecha : _____
- Diabetes
- Problemas de eczema/Piel: _____
- Epilepsia
- Problemas de los ojos: Lentes Contacto
Fecha del Ultimo Examen: _____
- Desmayos (perdida de conciencia)
- Dolores de Cabeza
- Problemas en los oidos: Tubos
- Ayuda para oir Sistema FM
- Problemas de Corazon
- Discapacidades Multiples
- Enfermedades Neuro-Musculares
- Ataques: Tipo _____
- Problemas de Lenguaje
- Limitacion en Actividad Fisica/PE Restriccion
- Otro _____

EL ESTUDIANTE TOMA MEDICINA:

- SI NO

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: _____

NECESITA TOMARLAS EN LA ESCUELA:

- SI NO

SI ES SI: SE REQUIERE FORMULARIO DE AUTORIZACION PARA LA ADMINISTRACION DEL MEDICAMENTO.

NOMBRE DEL MEDICO: _____

TELEFONO: _____

DENTISTA: _____

(La enfermera de la escuela podra contactar a los medicos relacionados Para preguntas/inquietudes)

Seguro Medico _____

ADAPTACIONES REQUERIDAS POR PROBLEMAS DE SALUD DEL ESUDIANTE

- NO se requieren adaptaciones

Adaptaciones Requeridas:

Firma del Padre para Adaptaciones

Firmando abajo, yo autorizo al Sweetwater County Distrito Escolar Numero Uno, Estado de Wyoming para dar la Informacion especificada al Personal de Transporte y al Personal de la Escuela directamente relacionado con mi hijo(a).

FIRMA DEL PADRE/TUTOR

FECHA

(SOLO PARA USO DE LAS ENFERMERAS)

REFERIDO A: _____

Firma de la Enfermera de la Escuela