

WICOMICO County Board of Education Cuestionario de Salud

Para ayudar a la enfermera de su escuela a cuidar mejor a su hijo mientras está en la escuela, por favor complete este cuestionario y devuélvalo lo cuanto antes a su enfermera de la escuela. Alertará a la enfermera de su escuela de cualquier necesidad que su hijo pueda tener mientras esté en la escuela. Si alguna información cambia durante el año escolar, por favor avise a la enfermera de la escuela.

Nombre _____ Fecha de nacer del niño _____ Grade _____
Último primer medio

Dirección _____ School _____ Teacher _____
Calle Ciudad Estado código postal

Nombre del padre/guardián y número de teléfono correcto, con código de área, a ser alcanzado durante las horas escolares:

Madre _____ Teléfono _____

Números de teléfono adicionales: _____

Padre _____ Teléfono _____

Números de teléfono adicionales: _____

Guardián _____ Teléfono _____

Números de teléfono adicionales: _____

Números de teléfono adicionales: _____

Por favor proporcione a las personas autorizadas el contacto durante las horas de escuela en una emergencia o si el niño está enfermo y el padre/guardián no puede ser alcanzado:

Nombre/Relación con el estudiante _____ Direccion _____
Telefono _____

Nombre/Relación con el estudiante _____ Dirección _____
Teléfono _____

Por favor proporcione a la escuela el proveedor de cuidado infantil anterior:

Nombre _____ Direccion _____
Teléfono _____

Doctor _____ Telefono _____

¿se debe contactar al doctor arriba para que sea contactado en una emergencia si no podemos localizar al padre/guardián? Si _____ NO _____

¿tomará su hijo medicación en la escuela? Si es así, ¿qué?

¿necesitará su niño un medicamento de emergencia en la escuela (como EPI-Pen o medicación de emergencia para el asthma)? Si _____ No _____

Nota: la orden de un médico completado debe acompañar cualquier medicamento recetado o de venta libre.

Tomada en la escuela. Todos los medicamentos deben ser traídos por el padre, guardián o adulto responsable en el envase original. Los medicamentos traídos por los niños serán confiscados y los padres contactados.

¿tiene su hijo alguna de las siguientes? Use la parte posterior de la forma, si es necesario, para proporcionar más información:

Alegrías. Si es así, ¿qué es el alérgeno? _____ ¿cómo reacciona su hijo?

| | | | |
|-------------------------|--------------------------------------|---------------------------|------------------------------------|
| ___ Diabetes | ___ Sangrado nasal frecuente | ___ Condición urinaria | ___ Condición intestinal |
| ___ Asthma | ___ Gafas o contactos | ___ Cirugías | ___ Audífono o dificultad auditiva |
| ___ Convulsiones | ___ Infecciones fr_equentes del oído | ___ ADD/ADHD | ___ Dificultad en hablar |
| ___ Sangrado, trastorno | ___ Dolores de cabeza frecuentes | ___ Condición neurológica | |
| ___ Condición cardíaca | ___ Dificultad para aprender | ___ Otro | |

Dispositivos asistivos (tales como sillón de ruedas, tubo de alimentación, traqueotomía, dispositivos de comunicación): _____

___ Restricciones en la actividad física en ginecología o en la escuela. Si es así, por favor describe _____

Firma del Padre/Guardián _____ Fecha _____