

# 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 \_\_\_\_\_