

Fecha: \_\_\_\_\_

Identificación del estudiante \_\_\_\_\_

Nombre del alumno	Edad	Grado
Dirección	Ciudad /Código Postal	Número de teléfono
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	
Nombre del padre	Lugar de trabajo	Número de teléfono
Nombre de la madre	Lugar de trabajo	Número de teléfono
Médico que se llamará en caso de una emergencia	Número de teléfono	

Nombre y dirección de la escuela anterior

Distrito escolar al que asiste: \_\_\_\_\_ Primer día de asistencia \_\_\_\_\_

\_\_\_ Consejero Vocacional de HS o MS: \_\_\_\_\_

**Antecedentes médicos**

Alergias	
Asma	¿necesita inhalador?
Varicela	
Diabetes	
Problemas cardiacos	
Problemas de audición	
Cirugías	
Accidentes graves	
Enfermedades graves	
Trastorno convulsivo	
Otro	
Usa lentes	Lentes de contacto

Medicamentos diarios (que no sean vitaminas) \_\_\_\_\_

Medicamentos durante el día escolar \_\_\_\_\_

NOTA: Los estudiantes no pueden llevar consigo ningún medicamento (incluso medicamentos de venta libre), a menos que el padre/madre y el médico completen un formulario de automedicación (consulte formularios de enfermería).

¿Puede este estudiante participar en un programa regular de educación física? \_\_\_\_\_

\*\* En caso negativo, proporcione una nota del médico.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**POR FAVOR ADJUNTE COMPROBANTE DE VACUNAS**

(La enfermera de la escuela determinará la validez de los comprobantes)

La Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York 2164 exige que la escuela no permita que un niño sea admitido a menos que el padre/madre proporcione a la escuela un certificado de vacunación o comprobante de un médico, enfermera profesional o asistente médico de que el niño esté en el proceso de recibir las vacunas requeridas.



Septiembre 2018

A los padres/tutores legales:

*Complete la siguiente información y devuélvala a la Oficina de Salud de la escuela a la mayor brevedad posible, para que podamos asegurarnos de que las necesidades de su hijo se satisfagan en el entorno escolar y actualizar nuestros expedientes médicos.*

Diagnóstico médico:
Nombre del médico que realizó el diagnóstico:
Nombre del proveedor de atención médica primaria:
Nombre de los medicamentos recetados o tomados por su estudiante:
Horario en que se da el medicamento:
Dosificación del medicamento:
¿Su hijo tiene alguna restricción de actividad (educación física, deportes, recreo)?
¿Su hijo requiere algún ajuste especial?
¿Tiene alguna preocupación especial relacionada con la salud de su hijo cuando él/ella está en la escuela?

Llame a la Oficina de Salud de la escuela si tiene alguna pregunta o inquietud.