

Escuela: _____

Grado: _____

**SERVICIOS DE ENFERMERIA DE ADAMS 14
INFORMACION DE SALUD DEL ESTUDIANTE**

Ciclo Escolar: _____

Identificación del Estudiante: _____

Nombre Legal del Estudiante: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
Apellido Nombre Segundo Nombre

Madre/Tutor Legal: _____ **# de Teléfono:** _____

Padre/Tutor Legal: _____ **# de Teléfono:** _____

Marque y explique las condiciones de salud existentes:		
<input type="checkbox"/> Alergias (enliste)	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza/Migraña
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral	<input type="checkbox"/> Corazón
<input type="checkbox"/> Trastorno de Déficit de Atención/ADHD	<input type="checkbox"/> Sistema Digestivo (ejemplo: Celiac/alergia al gluten)	<input type="checkbox"/> Embarazo
<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Intestinos/Vejiga	<input type="checkbox"/> Emocional/Comportamiento	<input type="checkbox"/> Problemas de Habla
	<input type="checkbox"/> Lesión en la Cabeza	<input type="checkbox"/> Otro

Explique: _____

Marque abajo lo que sea aplicable y explique:	
<input type="checkbox"/> Conserjería	<input type="checkbox"/> Procedimientos (ejemplo: Uso de catéter)
<input type="checkbox"/> Retardos en Desarrollo	<input type="checkbox"/> Prótesis u otros aparatos (ejemplo: ortopédicos)
<input type="checkbox"/> Uso de sistema para escuchar/ Otros Problemas para Escuchar	<input type="checkbox"/> Problemas de Lenguaje
<input type="checkbox"/> Uso de lentes o lentes de contacto/Otros Problemas de Visión	<input type="checkbox"/> Otro

Explique: _____

Por favor comuníquese con la Enfermera Escolar/Asistente de Enfermería para cualquier condición de salud nueva o deje un mensaje al 303-853-3297.

Medicamentos que el niño (a) toma regularmente: _____ **En casa:** Si No **En la escuela:** Si No

¿Tiene el niño (a) seguro médico? Si No **Medicaid:** Si No **CHP+:** Si No **Seguro Médico Privado/Nombre:** _____

Doctor: _____ **Teléfono:** _____ **Hospital:** _____

Permiso para usar Vaselina (o equivalente genérico) en la enfermería para labios resacos: Si No

La información sobre la salud de su estudiante se mantiene confidencial y el personal de la escuela solamente puede tener acceso cuando sea necesario.

Firma del Padre/Tutor: _____

Fecha: _____