

# HEALTH HISTORY/EMERGENCY CONTACT FORM 2022-2023

**Esta es la información requerida que se guardará en la CLÍNICA DE SALUD ESCOLAR**

Nombre de estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Profesor de aula: \_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ # de teléfono (casa): \_\_\_\_\_  
Dirección del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ # de teléfono (trabajo): \_\_\_\_\_  
El número de teléfono celular de los padres: \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia** (si no podemos comunicarlos con el padre/guardián): \_\_\_\_\_  
Relación: \_\_\_\_\_ # de teléfono (casa): \_\_\_\_\_ # de teléfono (oficina): \_\_\_\_\_  
El número de teléfono celular \_\_\_\_\_

Doctor de estudiante: \_\_\_\_\_ # de teléfono del doctor: \_\_\_\_\_

## MARQUE TODOS EN LA ACTUALIDAD QUE APLICAN A SU HIJO

1.  Problemas del ojo/visión
2.  Problemas de la oída/audición
3.  Problemas de respiración, asma, etc.
4.  Problemas del corazón/cirugía/ (pacemaker)
5.  Problemas del riñón, vejiga, cirugía, etc.
6.  Problemas del los huesos, articulaciones, musculo
7.  Problemas neurológicos, ataques, etc.
8.  Problemas de espina, espalda, cirugía, etc.
9.  Historia de problemas emocionales mental
10.  Alcohol, uso de drogas/abuso o tratamiento
11.  Diabetes (Tipo I o Tipo II)
12.  Cáncer
13.  ADD/ADHD
14.  Anemia Falciforme o trastornos hemorrágicos
15.  Fibrosis quística
16.  Desorden Del Espectro Autista
17.  Lupus

18. Indique condición prolongada o crónica: \_\_\_\_\_
19. Indique cualquier, fecha y razón: \_\_\_\_\_
20. Indique cualquier hospitalización en los últimos 5 años: \_\_\_\_\_
21. Indique cualquier restricción de movimiento físico (minusvalida) \_\_\_\_\_

22. Indique todo tipo de medicamento que tome su niño/niña cada día: \_\_\_\_\_

23. Indique todo tipo de alergia a medicamento, comida, o insectos: \_\_\_\_\_

Indique **los graves**: \_\_\_\_\_

Su niño/ niña tiene un Epi-Pen? \_\_\_\_\_ Usted va a proporcionar uno para la escuela? [ ] Si [ ] No

Mi niño/niña (NOMBRE COMPLETO): \_\_\_\_\_ tiene mi permiso a participar en el Programa de Servicios de Salud en la escuela. Yo entiendo que mi hijo recibirá cuidado de emergencia en la escuela, si es necesario y que los servicios puedan incluir:

1. Primeros auxilios, por accidentes o enfermedades
2. Exámenes de Visión, audición, altura - peso, dentales y de escoliosis
3. Asistencia con la administración de medicinas ordenados por el médico
4. Educación específica, y tópicos de salud para un buen bienestar
5. Asistencia con condiciones o procedimientos de salud menores, complejos o crónicos ordenados por el médico

Yo autorizo que de información acerca de mi hijo al Distrito de escuela del condado de Monroe como nombre, edad y seguro social para las agencias del estado de la Florida con el propósito de saber si los niños son elegibles para el Medicaid u otro seguro. También dar autorización para que el seguro de Medicaid u otro seguro reciba pagos de estos por el servicio dado en la escuela de su hijo.

Entiendo que en caso de accidente o lesión grave, se administrarán primeros auxilios y me contactarán. Si no puedo ser contactado, entiendo que el contacto que la persona o personas que figuran en este formulario como contactos de emergencia, serán contactados.

FIRMA DE PADRE/GUARDIAN: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**SI NO DESEA QUE SU HIJO SEA VISTO EN EL CLÍNICA , ADJUNTE UN AVISO POR ESCRITO A ESTE FORMULARIO**