

HEALTH HISTORY/EMERGENCY CONTACT FORM 2020-2021

La siguiente información acerca de su hijo esta requerido por el Departamento de Salud del Condado de Monroe y la Directiva de Enfermería Escolar para que ellos puedan proveerlos servicios mas apropiados para su hijo. **FAVOR, COMPLETE Y REGRESE ESTA FORMA A LA CLINICA DE SALUD EN ESCUELA.**

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 pares: _____

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 de l doctor: _____

MARQUE TODOS EN LA ACTUALIDAD QUE APLICAN A SU HIJO

1. Problemas del ojo/visión
2. Problemas del oída/audición
3. Problemas de respiración, asma, etc.
4. Problemas del corazón/cirugía/ (pacemaker)
5. Problemas del riñón, vejiga, cirugía, etc.
6. Problemas del las huesos, trozos de carne, musculo
7. Problemas neurológicos, ataques, etc.
8. Problemas de espina, espalda, cirugía, etc.
9. Historiade problemas emocionales mentals
Tratamiento o hospitalización
10. Alcohol, uso de drogas/abuso o tratamiento
11. Diabetes (Type I o Type II)
12. Cáncer
13. ADD/ADHD
14. Sicle Cell Disease
15. Cystic Fibrosis
16. Autism Spectrum Disorders
17. Lupus

FAVOR EXPLIQUE

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____
15. _____
16. _____
17. _____

18. Indique condición prolongada o crónica: _____
19. Indique cualquier, fecha y razón: _____
20. Indique cualquier hospitalización el los últimos 5 anos: _____
21. Indique cualquier restricción de movimiento físico (handicap) _____

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 cuido de emergencia en la escuela, si es necesario y que los servicios puedan incluir:

1. Primeros auxilios, por accidentes o enfermedades
2. Visión, audición, altura y pesó, dental y evaluación de escoliosis
3. Asistencia con orden de medicinas ordenas por un doctor
4. Educación específica, y tópicos de salud para un buen bienestar
5. Historia física con record de
6. Consulta apropiada de salud basada

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

Yo entiendo que si yo no quiero que mi niño/niña participen el programa, yo necesitó informar al Departamento de Salud del Condado de Monroe y la Directiva de Enfermería Escolar por escrito. Entiendo que en caso de un accidente o herida grave, yo estaría en contactado con los Padre/Guardián del niño/niña. Si no se puede ponerse en contactos de emergencia, seria(n) contactado (s).apropiado

FIRMA DE PADRE/GUARDIAN: _____ FECHA: _____