

**HEALTH HISTORY/EMERGENCY CONTACT FORM** Año: \_\_\_\_\_

Se solicita la siguiente información sobre su hijo para que la enfermera de salud de la escuela pueda proporcionar los servicios de salud más apropiados para su hijo. Por favor complete y regrese a la clínica de salud escolar.

**ESTE FORMULARIO COMPLETO ES UN REQUISITO PARA QUE SE ATENDA A SU HIJO.**

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**

**FAVOR EXPLIQUE**

- |  |           |
|--|-----------|
| 1. <input type="checkbox"/> Problemas del ojo/visión   | 1. _____  |
| 2. <input type="checkbox"/> Problemas del oída/audición  | 2. _____  |
| 3. <input type="checkbox"/> Problemas de respiración, asma, etc.                                       | 3. _____  |
| 4. <input type="checkbox"/> Problemas del corazón/cirugía/ (pacemaker) 4. _____                        |           |
| 5. <input type="checkbox"/> Problemas del riñón, vejiga, cirugía, etc.                                 | 5. _____  |
| 6. <input type="checkbox"/> Problemas del las huesos, articulaciones, musculo                          | 6. _____  |
| 7. <input type="checkbox"/> Problemas neurológicos, ataques, etc.                                      | 7. _____  |
| 8. <input type="checkbox"/> Problemas de espina, espalda, cirugía, etc.                                | 8. _____  |
| 9. <input type="checkbox"/> Historia de problemas emocionales mentals<br>Tratamiento o hospitalización | 9. _____  |
| 10. <input type="checkbox"/> Alcohol, uso de drogas/abuso o tratamiento                                | 10. _____ |
| 11. <input type="checkbox"/> Diabetes (Type I o Type II)   | 11. _____ |
| 12. <input type="checkbox"/> Cáncer  | 12. _____ |
| 13. <input type="checkbox"/> ADD/ADHD  | 13. _____ |
| 14. <input type="checkbox"/> Sicle Cell Disease o trastornos hemorrágicos                              | 14. _____ |
| 15. <input type="checkbox"/> Cystic Fibrosis   | 15. _____ |
| 16. <input type="checkbox"/> Autism Spectrum Disorders   | 16. _____ |
| 17. <input type="checkbox"/> Lupus   | 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: \_\_\_\_\_