

**DISTRITO ESCOLAR DE ALPINE**  
**INFORMACIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE SALUD**

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
Número de teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono de celular \_\_\_\_\_  
Padres/Guardian: \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico de padres/guardians: \_\_\_\_\_  
El estudiante vive con: \_\_\_\_\_ Ambos Padres \_\_\_\_\_ Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

**HISTORIA CLÍNICA**

Médico de Familia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Diagnóstico medico actual (en su caso) \_\_\_\_\_

SÍ	NO	¿HA TENIDO SU HIJO? (en caso si, describa)
_____	_____	¿Cualquier alergia? (Por favor, diga qué y cómo graves) _____
_____	_____	¿Asma o problemas respiratorios? _____
_____	_____	¿Problemas ortopédicos o de hueso? _____
_____	_____	¿Las enfermedades del corazón o un soplo? _____
_____	_____	¿Enfermedad renal? _____
_____	_____	¿Convulsiones? (tipo y frecuencia) _____
_____	_____	¿Diabetes? (dependiente de la insulina o una bombe de insulina) _____
_____	_____	¿Enfermedades crónicas graves? (como leucemia, trasplante) _____
_____	_____	¿Su niño ha tenido la varicela? _____
_____	_____	¿Accidente o lesión grave? _____
_____	_____	¿Examen de las vista? Fecha _____ Por los cuales _____ Los resultados _____
_____	_____	¿Otros problemas de salud? _____

**MEDICATIÔN**

¿Está el estudiante en las medicación especial que puede ser necesario dare n las escuela? SÍ \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
¿En caso afirmativo, qué tipo y la razón? \_\_\_\_\_

**\*\*En caso afirmativo, un medicamento esudiante formulario de autorización deberá ser completado por el padre y el médico y regresó a la escuela antes de que cualquier medicamento se puede administrar. Esto incluye todos los medicamentos de venta libre libre y recetados (incluyendo los inhaladores, Epipens, y la insulin). Puede obtener el formulario en la oficina.**

Es una violación de la droga del distrito de politica gratuito para los estudiantes para llevar a cualaquier medicamento. La única exception a esto es inhaladores, Epipens, y las insulin con el médico adecuado y la autorización firmada de los padres.

Firma de Padres o Guardián

Fecha

Atención: La información solicitada se considera esencial para la planificación de un programa cada año, que satisfaga las necesidades de su hijo. Esta información se mantendrá confidencial y solo las personas que trabajan directamente con su hijo (i.e. teachers, administradores, enfermeras) tendrán acceso a esta información.