

# Student Health Inventory

McDonald County R-1 Schools 2014/2015 School Year

Grado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Estudiante \_\_\_\_\_

Masculino \_\_\_\_\_ Ultimo \_\_\_\_\_ Femenina \_\_\_\_\_ Primer \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Medio \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_

Dirección de Calle o P.O. Box \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

Padres/Guardianes \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa \_\_\_\_\_

Teléfonos de Celular \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Empleo de los Padres (Padre) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

(Madre) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Contactos de Emergencia: (1<sup>ro</sup> Opción) Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

(2<sup>do</sup> Opción) Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ ¿Examen en el último año? Si \_\_\_ No \_\_\_

Nombre del Dentista/Ortodontista \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ ¿Examen en el último año? Si \_\_\_ No \_\_\_

¿Tiene su estudiante seguro privado? Si \_\_\_ No \_\_\_ Nombre del Grupo/Numero \_\_\_\_\_

¿Medicad? Si \_\_\_ No \_\_\_ ID# \_\_\_\_\_

¿Dónde debe ser llevado su niño en caso de emergencia? \_\_\_\_\_

¿Tiene su niño preocupación en alguna de la siguiente salud? Si sí, proporciona por favor detalles en los espacios proporcionados, inclusive restricciones.

ALERGIAS Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿A qué? \_\_\_\_\_ ¿EpiPen? \_\_\_\_\_

ASMA Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿Necesita medicinas en la escuela? \_\_\_\_\_

DIABETES Si \_\_\_ No \_\_\_ Tipo 1 \_\_\_ Tipo 2 \_\_\_ ¿Medicinas oral o la insulina? \_\_\_\_\_

EPILEPIA/ATAQUES Si \_\_\_ No \_\_\_ \_\_\_\_\_

CONDICION DEL CORAZON Si \_\_\_ No \_\_\_ \_\_\_\_\_

HUESOS/CONJUNTOS Si \_\_\_ No \_\_\_ \_\_\_\_\_

ADD/ADHD Si \_\_\_ No \_\_\_ \_\_\_\_\_

OJOS/LENTES Si \_\_\_ No \_\_\_ \_\_\_\_\_

OIDOS/OIR Si \_\_\_ No \_\_\_ \_\_\_\_\_

HEMORRAGIAS NASALES Si \_\_\_ No \_\_\_ \_\_\_\_\_

APETITO Si \_\_\_ No \_\_\_ \_\_\_\_\_

DORMIR Si \_\_\_ No \_\_\_ \_\_\_\_\_

VEJIGA/INTESTINO Si \_\_\_ No \_\_\_ \_\_\_\_\_

MENSTRUACION Si \_\_\_ No \_\_\_ \_\_\_\_\_

¿Toma medicina diaria en casa? Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿En la escuela? Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿Solo emergencia? Si \_\_\_ No \_\_\_

El nombre de la medicina y razón para tomar \_\_\_\_\_

Liste enfermedades graves, las heridas, las cirugías \_\_\_\_\_

¿Cualquier condición que previene participación de PE? (La restricción del doctor médico es requerido) \_\_\_\_\_

-----  
Comprendo que información de salud será compartida, en la confianza, con el personal de la escuela como determinó a ser necesario por la enfermera de la escuela.

Comprendo que es mi responsabilidad como un padre/guardián de proporcionar transporte para mi niño enfermo.

Yo, el abajo firmante, por la presente autorizo a oficiales de las Escuelas R-1 del Condado McDonald de administrar el médico cuidado emergencias/primeros auxilios a mi niño cuando sea necesario.

Yo, el abajo firmante, por la presente autorizo a oficiales de las Escuelas R-1 del Condado McDonald de contactar directamente las personas nombradas, y autorizo a los médicos nombrados para rendir tal tratamiento como pueden ser creídos necesario en una emergencia, para la salud de mi niño.

En el evento de los médicos, otras personas nombradas en esta forma o padres no pueden ser contactadas, los oficiales de la escuela por la presente son autorizados a tomar la acción que es creída necesario en su juicio, para la salud del niño susodicho.

Yo no tendré el distrito de la escuela financieramente responsable del cuidado de emergencia y/o transporte para el dicho niño.

Firma de Padre/Guardián \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_