



Nombre Legal: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Ultima Primero MI

Gender: Hembra Masculino Profesor (si se aplica): _____

Padres/Guardián: _____ Relación: _____

Trabajo #: _____ Casa #: _____ Cell #: _____

Padres/Guardián: _____ Relación: _____

Trabajo #: _____ Casa #: _____ Cell #: _____

Contacto de emergencia: _____
Nombre Relación Nombre Relación

Teléfono #: _____ Teléfono #: _____

Nombre del doctor: _____ Fecha del examen último de del niño: _____

¿Donde se debe tomar su hijo en caso de emergencia? _____
(Ejemplo: Clinic, ER, Urgente/Express Care)

Nombre del dentista: _____ Fecha del último examen dental: _____

¿Está su hijo bajo el cuidado de un ortodoncista? Si No

Hace su jiho/estudiante tiene: ¿Seguro de salud privado? Si No Carne de identidad #: _____ Grupo #: _____

Medicaid o MO HealthNet para Niños (MHK)? Si No Medicaid #: _____

Plan de grupo de prescripcion #: _____ Preferencia hospitalaria: _____

Si a su hijo le han recetado algún medicamento de emergencia, le pedimos que proporcione el medicamento a la enfermera de la escuela y complete los formularios requeridos.

Si un niño desarrolla un episodio de anafilaxia de una causa no diagnosticada o desconocida, la enfermera tiene prescripción epinefrina y albuterol disponible para usar en el caso de una emergencia que pone en peligro la vida. Si usted no desea que su hijo tenga este medicamento potencialmente salvador, por favor comuníquese con la enfermera y solicite un formulario de Opt-Out para firmar.

¿Su hijo tiene alguno de los siguientes problemas de salud?

En caso afirmativo, sírvase proporcionar detalles, incluidas las restricciones, en los espacios proporcionados.

- Alergias Si No ¿A que? _____ ¿EpiPen? _____
- Asma Si No ¿Medicamentos que se necesitan en la escuela? _____
- Diabetes Si No Tipos 1 ____ Tipos 2 ____ ¿Medicamentos orales o insulina? _____
- Epilepsia/convulsiones Si No _____
- Problemas cardiacos Si No _____
- Problemas óseos/articulares Si No _____
- ADD/ADHD Si No _____
- Eyes/Glasses Si No _____
- Ears/Hearing Si No _____
- Hemorragias nasals Si No _____
- Appetito Si No _____
- Dormir Si No _____
- Vejiga/intestine Si No _____
- Menstruación Si No _____

Complete las siguientes preguntas sobre preocupaciones de salud que pertenecen

¿Medicación **diaria**? En casa Si No Si respuesta es afirmativa, enumerar la medicación abajo
 En escuela Si No Si respuesta es afirmativa, enumerar la medicación abajo y **linotifique a la enfermera**
 Solo de emergencia Si No Lista de medicamentos de emergencia _____

Nombre de la medicacion diaria: _____ Dosificación: _____ Tiempos tomados: _____

Razon: _____ Hora de la última dosis: _____

Nombre de la medicacion diaria: _____ Dosificación: _____ Tiempos tomados: _____

Razon: _____ Hora de la última dosis: _____

Nombre de la medicacion diaria: _____ Dosificación: _____ Tiempos tomados: _____

Razon: _____ Hora de la última dosis: _____

Adjunte hoja adicional si necesita mas espacio

Ojos: Gafas Leyendo Distancia Contactos Cruzado Ojo perezoso Otro, explique _____

Orejas: Infecciones frecuentes Tubos Dificultado audifono Explique _____

Audiofono Derecha Izquierda Usa para escuela: Si No

Lista de enfermedades infantiles, enfermedad graves, lesiones y cirugías: _____

Requiere atención médica especial, por favor explique: _____
Ejemplo: cateterismo urinario, alimentación por sonda, inyecciones, prueba de POC

Procedimientos especiales requeridos: _____

Otra información o preocupaciones de salud: _____

Si su estudiante requiere medicamentos de rutina en la escuela, por favor obtenga los formularios apropiados en la oficina/clínica de la enfermera de la escuela. La información de salud será compartida solamente con las personas enumeradas por el padre/guardián en este formulario y el personal de la escuela en una necesidad de saber base.

Por la presente autorizo a la enfermera de la escuela u otro personal de la escuela designado para administrar medicamentos a administrar **acetaminofen** (Tylenol®), **ibuprofeno** (Advil/Motrin®), **antiácido cálcico** (Tums®), **difenidramina** (Benadryl®) u otros **primeros auxilios sin receta Medicamentos**, po mi estudiante **con las siguientes EXCLUSIONES:**

NO DES: _____

Razón: _____


Además, en el caso de una emergencia, autorizo al personal de la escuela a compartir información de salud con el personal de emergencia, médico, cirujano, hospital/personal médico o dentista involucrado en el tratamiento de mi hijo y entiendo que mi hijo puede ser transportado por servicios médicos de emergencia. También autorizo a cualquier médico, cirujano, dentista u otro personal médico del centro médico más cercano, a _____

Administrar cualquier tratamiento, procedimiento o medicina de emergencia necesarios y recomendables. También autorizo el uso de una ambulancia, _____

Si es necesario, para transportar a mi hijo. Además, acepto pagar por todos los servicios proporcionados a mi hijo.

X _____
 Firma del padre /legal tutor

_____ Fecha

 Neosho Hospital X Firma del padre/tutor legal	<p>Autorizo al permiso del Distrito Escolar de Neosho a entregar al Clínica de Freeman Anderson cualquiera o todos los registros médicos, incluyendo este Inventario de Salud del Estudiante, en mi hijo / estudiante o yo mismo (si soy un adulto o un menor consentido bajo la ley de Missouri) Para tratar y para la continuidad del cuidado.</p> _____ Fecha
--	--