

EL DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE WYLIE

Historial Médico 2009-2010

Favor de leer y firmar ambos lados.

Todo información será confidencial, excepto cuando sea necesaria compartirla con las personas apropiadas responsables del cuidado de su niño.

Nombre de estudiante	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Grado	Fecha de nacimiento	Número telefónico
Domicilio			Ciudad	Código postal
Madre/madrastra/nombre de la representante legal			Número tel. de la casa	Número del celular
Lugar de empleo			Número tel. del trabajo	
Padre/padrastro/nombre del representante legal			Número tel. de la casa	
Lugar de empleo			Número tel. del trabajo	Número del celular

FAVOR DE MARCAR Y DE EXPLICAR LAS ENFERMEDADES O LOS PROBLEMAS MÉDICAS.

En caso de respuestas afirmativas, favor de ver a la enfermera.

PROBLEMAS DE SALUD	TIPO/DESCRIPCIÓN	MEDICINAS
<input type="checkbox"/> No hay alergias		
<input type="checkbox"/> Alergia a las medicinas		
<input type="checkbox"/> Alergia a los alimentos o al latex		EpiPen? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ver a la enfermera
<input type="checkbox"/> Artritis		
<input type="checkbox"/> Asma VER A LA ENFERMERA		
<input type="checkbox"/> Desorden del comportamiento o aprendizaje		
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre		
<input type="checkbox"/> Cáncer		
<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral		
<input type="checkbox"/> Fibrosis Quística		
<input type="checkbox"/> Diabetes VER A LA ENFERMERA		
<input type="checkbox"/> Enfermedad del estómago y/o el intestino		
<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón		
<input type="checkbox"/> Problemas de lo riñones		
<input type="checkbox"/> Migrañas		
<input type="checkbox"/> Distrofia muscular		
<input type="checkbox"/> Enfermedad neurológica		
<input type="checkbox"/> Problemas ortopédicos		
<input type="checkbox"/> Enfermedades de la piel		
<input type="checkbox"/> Convulsiones		
<input type="checkbox"/> Tuberculosis		
<input type="checkbox"/> ¿Problemas de la vista?		<input type="checkbox"/> Anteojos <input type="checkbox"/> Lentes de contacto
<input type="checkbox"/> ¿Problemas de audición?		<input type="checkbox"/> Aparatos para la audición
<input type="checkbox"/> Otra información de la salud		
<input type="checkbox"/> No hay problemas de salud		

Favor de enumerar todos los medicamentos que su niño está tomando

Medicinas	Dosis/tiempo (s) dado	Razón	¿La administración en la escuela es necesaria?
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

TODOS LOS MEDICAMENTOS DADOS EN LA ESCUELA REQUIEREN UNA FORMA DE LA PETICIÓN DE LA MEDICACIÓN QU SE PUEDA OBTENER DE LA ENFERMERA DE LA ESCUELA O EN WWW.WYLIEISD.NET

Información de los Servicios de la Salud Favor de leer y de firmar.

Favor de enviar cualquier cambio de domicilio, de empleo y/o de números telefónicos a la oficina de la escuela durante el año escolar.

Medicinas:

A. **Recetas Médicas** serán administradas a los estudiantes solo si:

- el medicamento es proporcionado por el padre ó guardián
- el medicamento esta en un embase de farmacia con receta médica, incluyendo el nombre del médico, del estudiante, instrucciones de administración, y con fecha de vencimiento
- el padre/guardián provee una petición por escrito sobre el medicamento para administrar que incluye:
 - el nombre del estudiante
 - el nombre del medicamento para administrar y la razón de la receta
 - la fecha de permiso incluyendo el numero de días y el tiempo de administración
 - la hora de administración, si es aplicable
 - la firma del padre/guardián

A. **Medicamentos sin una receta** médica será administrada al estudiante si:

- el medicamento se provee por el padre ó guardián, si está en su embase/envoltura original de fabricante, no está expirada la fecha de vencimiento, y el embase es marcado con el primer nombre y apellido del estudiante.
- el medicamento no se administrara por más de 5 días escolares. Si es necesario continuar el medicamento, se necesitara una nota médica.

B. Cambios en la administración del medicamento se puede recibir por teléfono solo por el proveedor de la receta médica, pero será necesario recibir una confirmación por escrito antes del 3er día después del cambio. Solo se aceptaran órdenes legibles por fax para los cambios de medicamento.

C. El almacenaje de medicamentos que no se toman a diario durante todo el año se limitaran a un periodo de dos semanas.

Firma del padre/guardián

Fecha