

SISTEMA ESCOLAR DEL CONDADO DE BARROW - FORMULARIO DE SALUD DE LOS ESTUDIANTES

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Grado: _____ Maestro(a): _____ Género biológico: _____ Masculino _____ Femenino

Información del seguro médico		Condiciones médicas diagnosticadas por un médico en los últimos 12 meses: Marque todo lo que corresponda a su hijo(a)			
<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> PeachCare	<input type="checkbox"/> No tiene seguro médico	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Desmayos
Otros seguros médicos:			<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Migrañas	<input type="checkbox"/> Reflujo o indigestión
			<input type="checkbox"/> Hipoglucemia	<input type="checkbox"/> Problema de vejiga/riñón	<input type="checkbox"/> Hemorragias nasales
Nombre del doctor/pediatra:			<input type="checkbox"/> Problemas cardiacos	<input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza o concusión	
Práctica:		Teléfono:	<input type="checkbox"/> Otras:		
Médico especialista (solo si aplica):					
Práctica:		Teléfono:	Alergias: marque todas las que correspondan a su hijo(a)		<input type="checkbox"/> No tiene alergias
OJOS: <input type="checkbox"/> Utiliza lentes/gafas <input type="checkbox"/> Utiliza lentes de contactos			<input type="checkbox"/> Picaduras de insectos	<input type="checkbox"/> Polen	<input type="checkbox"/> Hormigas
OIDOS: <input type="checkbox"/> Infección <input type="checkbox"/> Tubos para los oídos <input type="checkbox"/> Dificultad para escuchar			<input type="checkbox"/> Leche/Lácteos	<input type="checkbox"/> Cítricos	<input type="checkbox"/> Nueces
Cirugías/operaciones que ha tenido:			<input type="checkbox"/> Cacahuates	<input type="checkbox"/> Otra:	
			<input type="checkbox"/> Se REQUIERE un <i>Epi-Pen</i> para las alergias anteriores. (Padres deben proporcionar el medicamento)		
			<input type="checkbox"/> De ser necesario, se puede administrar Benadryl para las reacciones alérgicas. (Padres deben proporcionar el medicamento)		

Para obtener más información sobre la administración de documentos en la escuela, por favor consulte el manual de la escuela de su hijo(a) y/o del distrito escolar en www.barrow.k12.ga.us

Condición(es) o problema(s) médico(s):

Si ve estos síntomas:	Siga estas indicaciones:	Posibles desencadenantes (causas):	Medicamentos, dosis, cantidad:

Verifico que la información del estudiante que proporcione anteriormente, es correcta y verídica según mi conocimiento. De ser necesario, doy permiso para que el personal de salud de la escuela consulte con el médico de mi hijo(a) y para que la enfermera se comunique con el personal de la escuela con respecto a problemas relacionados con la salud.

Si no pueden comunicarse conmigo en caso de un accidente, enfermedad o emergencia, autorizo a la escuela a brindar la atención necesaria a mi hijo(a), lo que puede incluir comunicarse con los servicios médicos de emergencia y, de ser necesario, transportar a mi hijo(a) al Hospital _____ (nombre del hospital preferido) o al hospital más cercano. La información en este formulario puede ser compartida con el hospital/personal médico para proporcionar el tratamiento necesario para mi hijo(a).

La escuela de mi hijo y el sistema escolar del condado de Barrow no serán responsables de los efectos adversos, las lesiones, ni las obligaciones financieras que resulten de tales acciones.

Firma del padre/guardián

Nombre

Fecha