

**2019-2020 Gonzales ISD Salud del estudiante / Formulario médico**

Agradecemos su ayuda para actualizar la información de salud de su hijo(a) para que proveer la mejor atención posible a su hijo(a) en la escuela. **Por favor complete esta forma de información y devuélvalo a la oficina de salud escolar.**

El nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fec.Nac. \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Gr/maestro(a) \_\_\_\_\_

Padre/guardian \_\_\_\_\_ Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Padre/guardian \_\_\_\_\_ Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Proveedor de atención médica del estudiante \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dentista de estudiantes \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

En el caso de que no se pueda contactar a un padre/guardian, indique dos personas que pueden recoger a su hijo:

Nombre/Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre/Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Historial de salud:** Compruebe si su hijo(a) tiene alguno de los siguientes y explique a continuación. **Si ha marcado alguno de los siguientes, DEBE hablar con la enfermera de la escuela o con un asistente de salud en el campus de su hijo(a)**

- ADHD/ADD     Diabetes    Trastorno Convulsivo    Alergias (ver abajo)    Cuidado Dietético
  - Condiciones de la piel / eczema     Asma (ver abajo)    Dolores de cabeza frecuentes
  - Estómago / trastorno intestinal     Preocupaciones de la vejiga o del intestino     Enfermedad urinaria / riñón
  - Desorden sanguíneo    Problema auditivo (audífono - Sí / No)     Problemas Cardiacos     Problemas de visión- (Gafas / Contactos)
  - Cerebro (lesión, condición, cirugía, etc.)    Discapacidades físicas    Otro \_\_\_\_\_
- Por favor explique las condiciones marcadas.

**Si marcó anteriormente el Asma y / o las alergias, complete a continuación; Consulte a la enfermera de la escuela o asistente de salud.**

**Asma:** Por favor marque la casilla:  Alergias;  Ejercicio;  Polen;  Infección respiratoria;  Clima (Frio/calor)

**Alergias:**  Insectos \_\_\_\_\_  Alimentos \_\_\_\_\_

Por favor describa la reacción alérgica y el tratamiento.: \_\_\_\_\_

**Información de salud:** ¿El problema de salud de su hijo(a) afecta su vida diaria o su participación escolar? Sí / No

Si es así, explique y proporcione una nota actual del proveedor de atención médica que indique las restricciones (actualizada cada año):

**Medicamentos Diarios:** \_\_\_\_\_

Los medicamentos que deben tomarse en la escuela deben ser proporcionados por el padre / tutor (**Debe ver a la enfermera del campus o al asistente de salud**)

En caso de accidente o enfermedad repentina al estudiante mencionado anteriormente, y en caso de que no pueda contactarme por teléfono, autorizo a un representante de Gonzales ISD para que remita a mi hijo(a) al proveedor de atención médica mencionado anteriormente. Si no se puede contactar a dicho proveedor de atención médica, o en el caso de una emergencia aguda, se contactará a los servicios médicos de emergencia (EMS) para proporcionar atención y transporte a un hospital según se considere necesario. Entiendo que el costo de los servicios de emergencia sigue siendo responsabilidad del padre/guardian y no será asumido por el Superintendente, el designado, o Gonzales ISD.

Firma del padre/guardian \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_