

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE SEGUIN
Servicios de Salud

Año Escolar: _____ / _____	HISTORIA DE SALUD DEL ESTUDIANTE	ID #: _____
----------------------------	---	-------------

Estudiante: _____ F. de Nac.: _____ Grado: _____ Sex M / F
Dirección: _____ Ciudad: _____ Zona Postal: _____
Madre: _____ TELEFONO#S Cell: _____ Empleo: _____
Padre: _____ Cell: _____ Empleo: _____

Persona responsable del niño en caso de emergencia. **COMPLETA ESTA INFORMACION CON DOS CONTACTOS.**
(Por favor asegurese de que estos numeros de telefonos sean agregados a la lista ya establecida.)

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____
Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

Como se le provee servicio médico a este estudiante? Seguro Particular ___ Medicaid ___ SSI ___ CHIPS ___ Otro ___

Por favor de el nombre del proveedor de salud para su niño / Doctor(es)? _____

Telefono(s) de el / los doctor(es): _____

CIRCULE Y ANOTE SOBRE PROBLEMAS DE SALUD PASADOS O ACTUALES **NO** Tiene Problemas de salud: _____ (INITIAL)

Alergias (por favor incluya todos los medicamentos y comidas que causan alergias) _____

ADD/ADHD: _____ Ortopédicos: _____

Asma: _____ Respiratorios: _____

Dental: _____ Enfermedad seria/lesión: _____

Diabetes: _____ Dieta especial: _____

Lesión en la cabeza: _____ Operaciones: _____

Oído (problemas para oír): _____ Presion de la Sangre: _____

Carazón / Soplo Cardíaco: _____ Riñones / vejiga: _____

Otro: _____ La vista: ___lentes ___contactos ___solamente para leer

Ataque (epilepsia) fecha: _____

•**POR FAVOR ANOTE TODOS LOS MEDICAMENTOS:** Medicamento diario: _____

•Medicamento que se consume en la escuela: _____

Ha sido su hijo/a hospitalizado por alguna enfermedad grave? _____

Está actualmente se hijo/a saber con respecto a la salud de su hijo/a? Si ___ No ___ Si la respuesta es si, por favor explique: _____

Hay algo que necesitemos saber con respecto a la salud de su hijo/a? Si ___ No ___ Si la respuesta es sí, por favor explique: _____

Si desea programar una cita con la enfermera, por favor comuníquese con: _____

Yo doy autorizacion a los oficiales del Distrito Escolar (SISD) que contacten a las personas nombradas en esta forma o en la tarjeta de matriculacion autorizo al medico nombrado o al personal de cuarto de emergencia del hospital para rendir tratamiento a este niño/a asi como sea necesario en una emergencia. En caso que los padres, guardianes, u otras personas nombrados en esta forma o tarjeta de matriculacion no puedan ser contactados, y doy permiso a los oficiales de Distrito Escolar de Seguin de tomar cualquier accion que sea apropiado para conseguir cuidado de emergencia para mi hijo/a.

Yo entiendo que nosotros como padres o guardianes somos responsables para proveer transportacion en caso de enfermedad o algun accidente de nuestro hijo/a, incluyendo los gastos de una ambulancia de EMS si es necesario, y que los oficiales de la escuela haran arreglos de transportacion para su niño/a.

Yo doy autorizacion de ponerse en contacto directamente con el medico o oficial de santidad nombrados en esta forma, para recibir informacion pertinente a la salud de mi hijo/a.

Firma del padre o guardian: _____ Fecha: _____