

# Escuelas de la Comunidad de Davenport - FORMA B Información de Servicios de Salud

La salud y el bienestar de su hijo son muy importantes para nosotros. Por favor tome un momento y describa las necesidades de salud del estudiante. La información en este formulario se puede compartir con el personal docente de la escuela con el fin de proporcionar servicios adecuados de salud y/o educativos. La divulgación de esta información es para este año escolar. Este comunicado se puede revocar en cualquier momento con una solicitud por escrito a la escuela.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE SALUD DE EMERGENCIA PARA SU HIJO

Ha sido diagnosticado su hijo, por un médico, por lo siguiente: (Marque con un círculo: **Sí** o **No** y **cuál condición**)

- |   |   |   |
|---|---|---|
| Sí No Asma o Espasmos Bronquiales                       | Sí No Problemas de la piel                            | Sí No Déficit de Atención                                     |
| Sí No Alergias (alimentos, medicamentos, otros)         | Sí No Problemas Neuromusculares                       | Sí No Déficit de Atención por Hiperactividad                  |
| Sí No Diabetes  | Sí No Problemas de los Huesos                         | Sí No Ansiedad  |
| Sí No Problemas Cardiacos                               | Sí No Problemas del Oído                              | Sí No Conducta Bipolar  |
| Sí No Problemas de Alta Presión                         | Sí No Problemas de Vista/gafas/<br>Lentes de contacto | Sí No Problemas de Conducta                                   |
| Sí No Desordenes Sanguíneos (células falciformes, otro) | Sí No Migraña/ Dolores de Cabeza                      | Sí No Depresión   |
| Sí No Problemas Urinarios/Riñón                         | Sí No Convulsiones/ Epilepsia                         | Sí No Problemas de Salud mental<br>(OCD, ODD, RAD, Tourettes) |
| Sí No Problemas estomacales                             | Sí No Problemas del Lenguaje                          | Sí No Otros Problemas de Salud                                |
| Sí No Necesidades Fisiológicas                          |   |   |

Si respondió "Sí" a cualquier condición por favor añada más información si necesita e incluya **cualquier procedimiento a seguir por la enfermera** que se tenga que hacer en la escuela: \_\_\_\_\_

Restricción de actividades debido a esta condición: \_\_\_\_\_

\*Medicinas que está tomando: \_\_\_\_\_  No está tomando medicinas

\* Si estas medicinas se administran en la escuela, por favor complete un formulario de Consentimiento de Administración de Medicinas.

Explique si su hijo/a ha sido hospitalizado, tenido una cirugía, enfermedad grave, o alguna lesión \_\_\_\_\_

Prueba de varios exámenes son necesarios para que los niños entren al Kínder, incluyendo vacunas, detección de plomo examen de la vista y dental. Por favor adjunte la prueba de exención, si es elegible.

Nombre del Doctor/Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Dentista/Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Terapeuta/Consejero/Teléfono: \_\_\_\_\_

Seguro Médico (cheque uno):  Seguro Médico Privado  Medicaid  No Asegurancia  Otro, especifique: \_\_\_\_\_

Liste personas que estén disponibles en una emergencia y que la enfermera pueda comunicarles sobre problemas de salud:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_ Tel. Celular (if any): \_\_\_\_\_