

DISTRITO ESCOLAR DE LA COMUNIDAD DE DAVENPORT

INFORMACION DE SALUD EN CASO DE EMERGENCIA

La información proporcionada en este formulario pudiera ser compartida con el personal de la escuela con el fin de proporcionar servicios adecuados de salud y/o educativos. Esta información es para el presente año escolar y puede ser revocada en cualquier momento, enviando una nota por escrito a la escuela.

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____ Grado _____

Ha sido su estudiante diagnosticado por un médico por las siguientes razones:: (marque con un círculo: Sí o No y que condición)

Si	No	Asma o Espasmos Bronquiales	Si	No	Visión/Gafas/ Lentes de Contacto
Si	No	Diabetes	Si	No	ADD/ADHD
Si	No	Problemas Cardiacos	Si	No	Ansiedad o Depresión
Si	No	Problemas de Presión Sanguínea	Si	No	Conducta Bipolar
Si	No	Problemas Urinarios/Riñón	Si	No	Problemas de Salud Mental
Si	No	Problemas Estomacales	Si	No	Migraña/Dolores de Cabeza
Si	No	Problemas de la Piel	Si	No	Convulsiones/Epilepsia
Si	No	Problemas Neuromusculares	Si	No	Problemas de Lenguaje
Si	No	Alergias	Si	No	Desordenes Sanguíneos
Si	No	Problemas del Oído	Si	No	Otros

Agregue mas información si respondió SI en cualquier condición _____

Medicamentos actuales: _____

Consulte los formularios de consentimiento de administración de medicamentos, si éstos se dan en la escuela.

¿Ha tenido su estudiante alguna hospitalización, cirugía, enfermedad o lesión grave?

Vacunas – Requeridas por el Estado para estudiantes nuevos de Kindergarten
Examen Dental Requerido por el Estado para estudiantes nuevos de Kindergarten
Análisis de plomo - Requerido por el Estado para estudiantes nuevos de Kindergarten y Grado 9

Fecha del último Examen Físico _____	Nombre del Doctor/teléfono _____
Fecha del último Examen Dental _____	Nombre del Dentista/teléfono _____
Fecha del último Examen de Visión _____	Nombre del Terapista/Consejero/teléfono _____
Aseguranza Privada _____ Medicaid _____	No Aseguranza _____ Otro _____

Por favor escriba su número de teléfono y el de sus contactos, en caso de que no podamos contactarle a usted:

Nombre: _____ teléfono # _____ Cell# _____

Nombre: _____ teléfono # _____ Cell# _____

Nombre: _____ teléfono # _____ Cell# _____

FIRMA DEL PADRE/MADRE/RESPONSABLE

FECHA