



Formulario de Información de Salud y Emergencia del HPS

Información de Emergencia *Por favor, póngase en contacto con su escuela si alguna de esta información cambia*

Estudiante:

_____	_____	_____	_____	_____
	<i>Apellido</i>	<i>Primer Nombre</i>	<i>Segundo Nombre</i>	
_____	_____	_____	_____	_____
<i>Grado</i>	<i>Sexo</i>	<i>Fecha de Nacimiento</i>	<i>Teléfono de Hogar</i>	<i>Número de Celular</i>

<i>Dirección</i>				

Padre/Guardián:

_____	_____	_____	_____
	<i>Apellido</i>	<i>Primer Nombre</i>	
_____	_____	_____	_____
<i>Dirección de Hogar</i>		<i>Teléfono de Hogar</i>	<i>Correo Electrónico</i>
_____	_____	_____	_____
<i>Dirección de Trabajo</i>		<i>Teléfono de Trabajo</i>	<i>Número de Celular</i>

Padre/Guardián:

_____	_____	_____	_____
	<i>Apellido</i>	<i>Primer Nombre</i>	
_____	_____	_____	_____
<i>Dirección de Hogar</i>		<i>Teléfono de Hogar</i>	<i>Correo Electrónico</i>
_____	_____	_____	_____
<i>Dirección de Trabajo</i>		<i>Teléfono de Hogar</i>	<i>Correo Electrónico</i>

Contactos Alternativos de Emergencia:

_____	_____	_____	_____
<i>Apellido</i>	<i>Primer Nombre</i>	<i>Relación</i>	<i>Teléfono</i>
_____	_____	_____	_____
<i>Apellido</i>	<i>Primer Nombre</i>	<i>Relación</i>	<i>Teléfono</i>
_____	_____	_____	_____
<i>Apellido</i>	<i>Primer Nombre</i>	<i>Relación</i>	<i>Teléfono</i>

Información de Salud del Estudiante *Por favor, póngase en contacto con la enfermera de la escuela si necesita ayuda*

_____	_____
<i>Proveedor de Cuidado de la Salud</i>	<i>Teléfono</i>

_____	_____
<i>Oculista</i>	<i>Teléfono</i>

_____	_____	_____	_____
<i>Dentista</i>	<i>Teléfono</i>	<i>Fecha de la Última Cita</i>	<i>Marque aquí si tiene un dentista: []</i>

Enumere todos los medicamentos que toma su hijo _____

1 a. ¿Tiene su hijo un historial de alguno de los siguientes? En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco <input type="checkbox"/> Cirugía Cardíaca <input type="checkbox"/> Hernia(s) <input type="checkbox"/> Problemas de Riñón <input type="checkbox"/> Eczema
<input type="checkbox"/> Problemas del Riñón/Vejiga <input type="checkbox"/> Problemas de Sangrado <input type="checkbox"/> Infecciones Frecuentes de Oído <input type="checkbox"/> Usa Lentes <input type="checkbox"/> Usa Audífonos
<input type="checkbox"/> Varicela/fecha _____ <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática/fecha _____ <input type="checkbox"/> Tuberculosis/fecha _____
<input type="checkbox"/> Reumática/fiebre _____ <input type="checkbox"/> Neumonía/fecha _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
|--|

1 b. Haga una lista de todos los especialistas que su hijo ve por cualquiera de las condiciones marcadas arriba:

_____	_____
<i>Nombre de Especialista</i>	<i>Teléfono</i>

_____	_____
<i>Nombre de Especialista</i>	<i>Teléfono</i>

2 a. ¿Le han diagnosticado a su hijo ALERGIAS? [] Si [] No En caso afirmativo, favor especifique:

Comida

Droga

Ambiental

2 b. ¿Alguna vez su hijo ha tenido una reacción alérgica potencialmente mortal a cualquiera de los anteriores? [] Sí [] No

En caso afirmativo, debe proporcionar a la enfermera de la escuela una orden firmada por un proveedor de servicios de salud y un EpiPen para la escuela. Por favor, póngase en contacto con la enfermera de la escuela antes de que su hijo comience la escuela.

Puedes, pero no es necesario, responder las siguientes preguntas sobre la salud mental:

3 a. ¿Alguna vez su hijo recibe servicios de un proveedor de servicios de salud mental? [] Sí [] No **En caso afirmativo:**

Nombre de Agencia

teléfono

Nombre del Consejero

teléfono

Razón para servicios (Diagnóstico, si se conoce)

3 b. ¿Su hijo actualmente está en servicios de salud mental? [] Sí [] No **En caso afirmativo:**

Diagnostico Presente, si se conoce

3 c. ¿Actualmente su hijo está tomando medicamentos para un problema de salud mental? [] Si [] No **En caso afirmativo:**

Nombre de medicación

3 d. ¿Su hijo alguna vez ha sido hospitalizado por algún problema de salud mental? [] Si [] No **En caso afirmativo:**

Nombre del hospital, ciudad, estado

Fecha

Motivo de la hospitalización

4. Por favor agregue cualquier otra información que le gustaría llamar la atención de la enfermera de la escuela:

5. Información del seguro de salud:

Compañía de Seguro de Salud de su hijo

Número de Póliza

Suscriptor

Si tiene seguro de salud, Massachusetts tiene planes de seguro médico que proporcionarán a los niños no asegurados atención médica asequible (pueden aplicarse restricciones). Por favor comuníquese con la enfermería de la escuela de su hijo para obtener información sobre estos programas.

6. Se requiere un examen físico actual y vacunas actualizadas para asistir a la escuela, academias de vacaciones y programas de verano. Envíe estos documentos a la atención de la enfermera de la escuela de su hijo.

Por favor, lea y firme a continuación:

Como padre/guardián del niño mencionado anteriormente, reconozco que en caso de lesión o enfermedad, es mi responsabilidad proporcionar transporte de la escuela a la casa o de un proveedor médico para mi hijo. En caso de una lesión o enfermedad potencialmente mortal, grave o potencialmente incapacitante, por la presente, otorgo mi permiso para el transporte de emergencia de mi hijo en ambulancia o por personal de la escuela según lo dispuesto por la administración de la escuela. Además otorgó permiso para la administración de medicamentos de emergencia por parte de la enfermera de la escuela a mi hijo dentro de los lineamientos de las Órdenes Permanentes de Médicos de la Escuela. Doy Permiso para que la enfermera escolar comparta información relevante a las condiciones de salud de mi hijo con el personal escolar apropiado cuando sea necesario para satisfacer las necesidades de salud y seguridad de mi hijo. También doy permiso a la enfermera escolar para intercambiar/liberar y recibir información médica/registros médicos/ (incluyendo inmunizaciones, copias de exámenes físicos, citas, problemas de salud) con/el proveedor de atención médica de mi hijo, proveedor de atención de salud mental y todos los especialistas. Con el propósito de referencia, diagnóstico y tratamiento.

Firma de Padre/Guardian

Fecha

Nombre de Padre/Guardián (De Molde)