

Actualizacion de la informacion de salud

Escuelas de Webster City

Nombre del Estudiante: _____	Fecha de Nacimiento: _____	Grado: _____ Año escolar: _____	Medico Familiar: _____	Su Hijo usa: Contactos _____ Lentes Ninguno
------------------------------	----------------------------	------------------------------------	------------------------	--

Su hijo tiene algun problema de salud actual? Marque todas las que corresondan acontinuacion. Use las parte de atras si necesita.

ADHD Deresion Problemas del Corazon Diabetes Perdida de audicion Paralisis Cerebral
 Desorden Mental Alergias de Temporada Alergia al Latex

Asma - necesita dejar su inhlador en la escuela? SI o NO

Alergia Severa comida o nueces (enliste) _____ Traera su pluma-EPI a las escuela? SI o NO

Alergia a la comida (enliste) _____ (Se requiere una nota del doctor para el reemplazo de la comida especial/alimentos)

Otras-Condiciones/Preocupanciones: (Use la parte de atras de la forma si necesita mas espacio)

Medicamentos administrados as estudiante en casa o en la escuela diariamente-Utilice el reverso del formulario se requiere mas espacio.

Medicacion: _____	Dosis: _____	Tomar a tiempo: _____	Dada en: CASA ESCUELA los dos
Medicacion: _____	Dosis: _____	Tomar a tiempo: _____	Dada en: CASA ESCUELA los dos
Medicacion: _____	Dosis: _____	Tomar a tiempo: _____	Dada en: CASA ESCUELA los dos
Medicacion: _____	Dosis: _____	Tomar a tiempo: _____	Dada en: CASA ESCUELA los dos

La informacion proporcionada es confidencial. Doy permiso para compartir esta informacion con el personal que trabaja con el estudiante.

Permiso para tomar Acetaminophen (UNA 80mg masticable dado a grados PK-1, UNA 160mg masticable dado a grados 2-4, DOS 160mg masticable o UNA 325mg tragar dado a grados 5-8, UNA o DOS 325mg tragar dado a grados 9-12)

Por favor escoga uno: SI o NO (no cubre cualquier otro medicamento)

Firma _____	Fecha _____	Relacion con el estudiante _____
-------------	-------------	----------------------------------