



FORMULARIO DE IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES DE SALUD DEL ESTUDIANTE

ESTE FORMULARIO DEBE SER DILIGENCIADO POR EL PADRE/GUARDIÁN Y DEVUELTO A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

ESCUELA _____ GRADO _____

1. MI HIJO/A NO TIENE NINGUNA CONDICIÓN MÉDICA.

FIRMA PADRE/GUARDIÁN _____ FECHA _____

SI NO SE INDICÓ NINGUNA CONDICIÓN MÉDICA PUEDE PARAR AQUÍ. **SI SU HIJO/A TIENE CONDICIONES MÉDICAS, LA ENFERMERA DE LA ESCUELA NECESITA SER INFORMADA. COMPLETE LA SECTION #2 ABAJO.**

2. LA ESCUELA DEBE SER NOTIFICADA DE LAS CONDICIONES MÉDICAS INDICADAS ABAJO.

| | | | |
|--|--|-------------------------|--|
| Asma tratada a diario con medicamentos | | Sangrado Nasal | |
| Diabetes | | Problemas Respiratorios | |
| Convulsiones/Epilepsia | | Cáncer | |
| Problemas Cardíacos | | Problemas de riñones | |
| Dolores de cabeza | | Trastornos de la sangre | |
| Enfermedades de la piel | | Otro: | |
| *Alergias (Ver abajo) | | Otro: | |

*Si marcó si en alergias, por favor menciónelas: _____

¿Ha experimentado su hijo/a alguna reacción anafiláctica en el pasado (incluyendo, pero sin limitarse a, dificultad para respirar o disnea?) Sí No

¿Se ha usado un inyector de epinefrina (adrenalina) de emergencia en su hijo/a debido a una reacción anafiláctica? Yes No

FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN _____ FECHA _____