



Formulario Confidencial de Salud del Estudiante

Apellido: Nombre: Fecha de Nacimiento: Genero: [ ] M [ ] F
Grado: Medico de Atención Primaria: Dentista:

CONDICIONES DE SALUD ACTUALES

Por favor, marque las siguientes condiciones de salud que han sido DIAGNOSTICADAS POR UN DOCTOR (o por otro proveedor de cuidado de salud).

[ ] El estudiante no tiene algún problema de salud.

- [ ] Diabetes\*\* [ ] Estomago/Intestino [ ] Desordenes Genéticos [ ] Cáncer
[ ] Ataques Epilépticos\*\* [ ] Vejiga/Riñón [ ] Problemas al Nacer [ ] Piel
[ ] Asma\*\* [ ] Corazón/Sangre [ ] Emocional/Conducta [ ] Dental
[ ] Alergias Severas\*\* [ ] Musculo/Huesos/Coyuntura [ ] ADD/ADHD [ ] Audición
[ ] Alergias (no severas) [ ] Lesión Craneal/Concusión [ ] Lentes/Contactos [ ] Tubos de Oreja
[ ] Necesidades Dietéticas [ ] Migraña/Dolor de Cabeza Crónico [ ] Otros problemas de Visión [ ] Otro

\*\*Por favor, consulte con la enfermera de la escuela con respecto al Plan de Salud Individual para este diagnóstico.

Por favor describa alguna de las condiciones que ha marcado arriba (utilice el otro lado, si es necesario):

MEDICAMENTOS ACTUALES

Anote TODOS los medicamentos incluyendo el nombre del medicamento, dosis y horario.

[ ] El estudiante no toma ningún medicamento.

Medicamento: Dosis: Horario: Necesitara en la escuela: SI NO

Medicamento: Dosis: Horario: Necesitara en la escuela: SI NO

Medicamento: Dosis: Horario: Necesitara en la escuela: SI NO

Si el estudiante requiere medicamentos o tratamientos en la escuela (a diario o cuando sea necesario), el proveedor de cuidados de la salud y los padres deben completar y enviar el formulario de autorización correspondiente(s). Obtener el formulario(s) de la página web de la escuela o de CCSD.

OTRA INFORMACION DE SALUD

¿Anterior o actual IEP o 504? Si es así, describa brevemente:

¿Restricción de actividad y/o equipo médico especial necesarios en la escuela? (Por ejemplo, oxígeno, silla de ruedas, catéter)

LESIONES , CIRUGIAS, HOSPITALIZACIONES

Table with 4 columns: Lesiones, Fecha Cirugías, Fecha Hospitalizaciones, Fecha

Seguro de Salud de Portabilidad y Responsabilidad de 1996 (HIPAA) y la Educación de la Familia y Derecho a la Privacidad (FERPA): Autorizo el intercambio de información sobre la salud de mi hijo identificado en este formulario para proveer servicios escolares apropiados.

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR (POR FAVOR IMPRIME):

FIRMA DEL PADRE/TUTOR: FECHA:

**CONDICION DE SALUD ACTUAL CONTINUADO (SI ES NECESARIO)**

---

---

---

---

---

---

---

---

**MEDICAMENTOS ACTUALES (SI ES NECESARIO)**

Medicamento: _____	Dosis: _____	Horario: _____	Necesitara en la escuela:	SI	NO
Medicamento: _____	Dosis: _____	Horario: _____	Necesitara en la escuela:	SI	NO
Medicamento: _____	Dosis: _____	Horario: _____	Necesitara en la escuela:	SI	NO
Medicamento: _____	Dosis: _____	Horario: _____	Necesitara en la escuela:	SI	NO
Medicamento: _____	Dosis: _____	Horario: _____	Necesitara en la escuela:	SI	NO
Medicamento: _____	Dosis: _____	Horario: _____	Necesitara en la escuela:	SI	NO
Medicamento: _____	Dosis: _____	Horario: _____	Necesitara en la escuela:	SI	NO

**OTRA INFORMACION DE SALUD (SI ES NECESARIO)**

---

---

---

---

---

---

---

---