

Año Escolar: 2023-24

DISTRITO ESCOLAR THORP
INVENTARIO DE LA SALUD DEL ESTUDIANTE

Número del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____
Grado/Maestro: _____

PREOCUPACIONES DE SALUD: SÍ NO Si NO, firme: _____
(Firma del Padre si no tienen preocupaciones de la salud)

Si es SÍ, LLENE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

- Alergias (marque la severidad) Leve Moderada Severa
- Abejas Alimentos Medicamentos) Polen Otra: _____
- Asma (marque la severidad) Leve - Moderada - Severa
- Problemas de Sangrado Problemas Cardíacos
- Huesos/ Ortopédico Frecuentes Dolores de Cabeza
- Restricciones de Actividad Frecuentes Sangrados de Nariz
- Diabetes Problemas de Audición
- Problemas de la Piel/Eczema _____ usa aparatos de audición
- Dolor de oído/Infecciones/Tubos Problemas de la visión
- Problemas del Comportamiento _____ usa lentes/contacto
- Problemas de Orina u Intestinos Otro: _____
- Convulsiones/Epilepsia
- _____ pequeño mal _____ gran mal

DESCRIBA LO MARCADO ARRIBA: _____

¿Se administran medicamentos en casa? Sí No ¿Será necesario en la escuela? Sí No

En caso afirmativo, describa los problemas de salud y medicamentos utilizados:

Si ocurre una emergencia médica en la escuela y no se puede localizar a un padre / tutor, le doy al personal / administración de la Escuela Thorp y a los contactos de emergencia del estudiante permiso para transportar a mi hijo a un médico para buscar cualquier atención médica que la administración de la escuela considere necesaria. contacto de emergencia y / o médico. Además, mi firma confirma que toda la información proporcionada en el Inventario de salud y el Formulario de registro del estudiante es verdadera y

¿Tiene su hijo una afección médica potencialmente mortal? SÍ NO

Médico de Estudiante: _____ Teléfono del médico: _____
Dentista del Estudiante: _____ Teléfono del dentista: _____
Preferencia de Hospital e Instrucciones: _____

Doy permiso para que la información sea compartida con el personal escolar según sea la necesidad.

Firma del Padre/Tutor

Relación con el Estudiante

Fecha

Please return this form to the school office as soon as possible.

Rev 03/15/2013