



COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 59
 2123 S. Arlington Heights Road * Arlington Heights, IL 60005
 (847) 593-4300

FORMULARIO ANUAL DE SALUD Y EMERGENCIA MÉDICA DEL ESTUDIANTE

AÑO ESCOLAR 20 ___ - 20 ___

Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
 (apellido(s)) (nombre)

Grado _____ Sexo _____ Escuela _____

Actualización anual del historial de salud

	SÍ	NO
1. Este niño tiene: Alergias a alimentos, medicamentos o picaduras de insectos	_____	_____
Asma	_____	_____
Enfermedad crónica	_____	_____
Trastorno convulsivo (epilepsia)	_____	_____
Limitacion(es) física(s)	_____	_____
Diabetes	_____	_____

Explique: _____

(Si necesita que se le administren medicamentos, inhalador o pruebas de glucosa, etc. en la escuela, sírvase consultar los formularios "Guías de medicación" H-24; "Autorización para la admnistración de medicamentos en la escuela" H-25; "Indemnización y exención de responsabilidad para la autoadministración de medicamentos contra el asma o la posesión de un autoinyector de epinefrina (Epi-Pen ®)" H-26. Complete el (los) formulario(s) adecuado(s) y devuélvalo(s) a la enfermera de la escuela.)

	SÍ	NO
2. Durante los últimos 12 meses, este niño:		
Ha sido hospitalizado (incluyendo cirugías)	_____	_____
Ha recibido lesiones graves	_____	_____

Explique: _____

	SÍ	NO
3. ¿Este niño toma medicamentos regularmente?	_____	_____

Explique: _____

(Si necesita que se le administren medicamentos, inhalador o pruebas de glucosa, etc. en la escuela, sírvase completar el formulario de "Autorización para la administración de medicamentos de la escuela" H-25 y devolverlo a la enfermera de la escuela.)

	SÍ	NO
4. ¿Existen otros problemas de salud que el maestro y/o enfermera deban conocer?	_____	_____

Explique: _____

Información de contacto del médico

Nombre del médico: _____ Teléfono: _____

Nombre de la oficina o clínica: _____

Dirección del médico: _____

Autorización para administrar tratamiento médico de emergencia

Si el (los) padre(s) o tutor(es) no pueden ser contactados en caso de enfermedad o lesión grave, autorizo a la escuela a tomar las medidas de emergencia que considere necesarias, incluyendo el transporte del estudiante a un hospital o centro médico. Como padre y/o tutor, por la presente autorizo a que un médico calificado y autorizado le proporcione tratamiento a este niño en caso de una emergencia médica que, en opinión del médico a cargo, pueda poner en peligro su vida, causar desfiguración, discapacidad física o incomodidad indebida si se retrasa dicho tratamiento. Esta autoridad es concedida solo después de haber hecho un esfuerzo razonable por localizarme.

Nombre del padre (tutor) (Por favor, use letra de imprenta): _____

Firma del padre (tutor): _____ Fecha: _____

Devuelva a la oficina de salud de la escuela de su hijo(a).