

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE COVINA-VALLEY

Actualización anual del registro de salud

Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Estimado padre / tutor legal:

Para que podamos ofrecer un mejor servicio a su hijo durante el horario escolar, o en el caso de una emergencia, es esencial que tengamos la información médica más actual. Toda información que usted nos proporcione se mantendrá bajo la más estricta confidencialidad y se compartirá sólo con los profesionales que se involucren activamente con su hijo(a).

¿Qué afecciones o enfermedades tiene su hijo(a) **actualmente**?

<input type="checkbox"/> ADD, ADHD, Autismo	<input type="checkbox"/> Fiebre del heno: leve, moderada, severa
<input type="checkbox"/> Alergia, severa: comida, picadura de insecto	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza: migrañas
<input type="checkbox"/> Asma: leve, moderada, severa	<input type="checkbox"/> Problema cardíaco
<input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico	<input type="checkbox"/> Impedimento ortopédico
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Problemas cutáneos: eczema
<input type="checkbox"/> Epilepsia / convulsiones	<input type="checkbox"/> Pérdida de la visión
<input type="checkbox"/> Pérdida de la audición: leve, moderada, severa	<input type="checkbox"/> Otras: <input type="checkbox"/> Usa lentes correctivos

¿De cuales otras enfermedades o cirugías **anteriores** quisiera usted informar a la escuela?

_____ Fecha: _____
_____ Fecha: _____

¿Toma su hijo(a) algún medicamento de forma regular? _____ Sí _____ No

¿Tendrá su hijo algún medicamento de emergencia en la escuela?

- Inhalador
- Nebulizador
- Epi-Pen (Epinefrina)
- Glucagón

** El padre / tutor legal es responsable de notificar a la escuela si ocurre algún cambio en la información o las enfermedades.

** Autorizo a la escuela a divulgar esta información a personas o paramédicos que acudan a una emergencia relacionada con mi hijo(a).

Firma del padre / tutor legal

Número de teléfono

Fecha

Firma del padre / tutor legal

Número de teléfono

Fecha