

Liberación de emergencia médica

Nombre del estudiante: _____

Grado: _____

Dirección: _____

DOB: _____

Información de contacto de emergencia de los padres/tutores y otras personas autorizadas para ser **llamadas** en caso de emergencia:

Nombre	Relación	Hogar Teléfono	Celda Teléfono	Trabajo Teléfono
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Enumere a todas las personas autorizadas para obtener **la liberación** de los estudiantes de la escuela (además de lo anterior, si corresponde):

Nombre	Relación	Hogar Teléfono	Celda Teléfono	Trabajo Teléfono
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Médico Historia: _____

Cambios en el historial médico en el último año: _____

Medicamentos: _____

Allergies: _____

Padre/Tutor Firma: _____ Fecha _____

ACTUALIZACIÓN DEL HISTORIAL DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Nombre:	DOB:	Edad:	Género: ☐ M ☐ F
Padre/Tutor: (persona que completa este formulario)	Teléfono de casa: Teléfono celular:		Fecha:

¿Su hijo alguna vez:	SÍ	NO	En caso afirmativo: explique, incluya la fecha y continúe en la parte posterior si es necesario
Tenía una afección médica en curso	☐	☐	
Acudió a un especialista médico	☐	☐	
Tuvo alergias:	☐	☐	☐ Alimentos ☐ Medio ambiente ☐ Insectos ☐ Medicamentos ☐ Otros
Ha sido hospitalizado	☐	☐	
Se sometió a una operación	☐	☐	
Tuvo una lesión que requirió una visita a la sala de emergencias	☐	☐	
Perdió 5 días seguidos de la escuela debido a una enfermedad/lesión	☐	☐	
Tuvo una lesión ósea/muscular	☐	☐	
Se desmayó, tuvo una conmoción cerebral o una lesión grave en la cabeza	☐	☐	
Tuvo una convulsión/convulsión	☐	☐	
Tuvo un problema o afección de la vista	☐	☐	☐ gafas ☐ Contactos
Tenía un problema o afección auditiva	☐	☐	☐ Audífono ☐ Implante coclear
Puentes, aparatos ortopédicos o boquilla dentales desgastados	☐	☐	
Algún miembro de la familia menor de 50 años:	SÍ	NO	En caso afirmativo, especifique:
Tuvo un ataque al corazón	☐	☐	
Tuvo otros problemas de salud graves	☐	☐	

MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA

A SU HIJO:

- ☐ TDAH
- ☐ Asma/dificultad para respirar
- ☐ Autismo/Asperger
- ☐ Lesiones Dentales
- ☐ Diabetes
- ☐ Infecciones de oído

- ☐ Afecciones gastrointestinales (úlceras, reflujo, SII)
- ☐ Dolores de cabeza/migrañas
- ☐ Afecciones cardíacas
- ☐ Presión arterial alta
- ☐ Condición de salud mental (depresión, trastorno alimentario, ansiedad, TOC, TOD, etc.)

- ☐ Escoliosis
- ☐ Órgano único (☐ riñón, ☐ testículo)
- ☐ Condición de la piel
- ☐ Condición del habla
- ☐ Afección urinaria

MEDICAMENTOS ACTUALES	SÍ	NO	Indique el nombre, la dosis, la(s) hora(s)
Impartido en la escuela	☐	☐	
Tomado en casa	☐	☐	
EQUIPO DE ASISTENCIA	SÍ	NO	Por favor, marque todo lo que corresponda
Durante o fuera de la escuela	☐	☐	☐ muletas ☐ andador ☐ silla de ruedas ☐ otros:
TRATAMIENTOS	SÍ	NO	

Durante o fuera de la escuela	☐	☐	☐ Monitorización de la insulina/glucosa en sangre inhalador/nebulizador/flujo máximo ☐ Dieta especial	☐ Monitoreo de
-------------------------------	--------------------------	--------------------------	---	---------------------------------------

¿Hay alguna condición que impida que su hijo participe en educación física o deportes?
☐ No ☐ Sí: _____

Enumere cualquier inquietud adicional: (use el reverso de la hoja si es necesario) _____

Firma del Padre/Tutor: _____ F e c h a : _____