



INFORMACIÓN MÉDICA DE LOS ESTUDIANTES

Año escolar 2024-2025

Nombre del estudiante

Fecha de nacimiento

Escuela

Maestro

Grado

- Mi hijo NO tiene ninguna afección, problema de salud o necesidad médica especial en este momento.**
 Mi hijo TIENE LAS SIGUIENTES AFECCIONES MÉDICAS, problemas de salud o necesidades médicas especiales:

TDAH/DDA	Diabetes (tipo 1 o 2)	Alergias estacionales
Asma	Alergias a medicamentos	Anomalía congénita
Alergia a la picadura de abeja	Epilepsia/Convulsiones	Cardiopatía
Cáncer/Leucemia	Alergia a la leche*	Comportamiento/Salud mental
Parálisis cerebral	Otras alergias alimentarias	Otros

Alergias (Indique las alergias a alimentos y medicamentos)

Otras afecciones médicas (Enumere cualquier afección o preocupación médica que no figure en la lista anterior)

Marque los medicamentos que su hijo puede necesitar en el colegio (Si marca "Otros", especifique)

Benadryl	Inhalador de emergencia	Alimentación por sonda
Epipen	Diastat	Cateterismo
Insulina	Nayzilam	(Otros)
Glucagón (Baqsimi)	Valtoco	(Otros)

Especifique cualquier otra información médica que corresponda a su hijo

Doy mi consentimiento para compartir esta información con el personal del distrito, tales como, directores, maestros, secretarios y el personal del servicio de alimentos. Autorizo al personal de la escuela a intercambiar información con los proveedores de atención médica de mi hijo por teléfono, fax y correo electrónico o por escrito, para facilitar la coordinación y la continuidad de la atención. Póngase en contacto con el personal de enfermería de la escuela para conversar sobre cualquier preocupación de salud o las necesidades médicas especiales de su hijo.

Médico/Proveedor de atención médica

Teléfono

Firma del padre/madre/tutor

Fecha

Número particular

Número del trabajo

Número del móvil

*Se requiere una nota de su médico para una bebida de reemplazo en la escuela.