

COOLIDGE UNIFIED SCHOOLS MEDICAL INFORMATION CARD

(Please print. Both sides must be completed)

Nombre: _____ Fecha De Nacimiento: _____ Sexo: M ____ F. ____
(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)
Maestro/a: _____ Grado: _____ Fue previamente escrito su hijo/a en el Distrito Escolar de Coolidge? Si ____ No ____

Direccion de Hogar: _____ Ciudad: _____ Codigo Postal: _____

Direccion de Correo: _____ Ciudad: _____ Codigo Postal: _____

Numero de Telefono de Casa: (_____) _____ ¿Alguna vez ha inscrito a su hijo/a en Educación Especial o a tenido un IEP? _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA
(Por favor informenos de cualquier cambio de numero de telefono)

Padre: _____ Telefono de Trabajo (_____) _____ ext _____ Celular _____

Madre: _____ Telefono de Trabajo (_____) _____ ext _____ Celular _____

Guardian/Padraastro: _____ Telefono de Trabajo (_____) _____ ext _____ Celular _____

Nombre de persona a quien podamos llamar y dejar sacar al estudiante de la escuela cuando los padres no se puedan contactar:

Nombre: _____ Relacion: _____ Telefono: (_____) _____ Cellular _____

Nombre: _____ Relacion: _____ Telefono: (_____) _____ Cellular _____

Aseguranza Medica/AHCCCS: _____ Numero de ID: _____

Doctor: _____

Yo doy mi permiso a Coolidge Unified School District para tratar las necesidades de salud de emergencia de mi hijo/a. Yo voy a ser notificado en caso de emergencia y en otras ocasiones cuando la escuela lo sienta necesario. Entiendo que soy financieramente responsable si se utiliza la asistencia médica fuera de la escuela.

Firma de Padre

Fecha

Los siguientes medicamentos se mantienen en la oficina de salud. Por favor, indique qué medicamentos su hijo puede recibir:

Si	No	
___	___	antiácidos (para los dolores de estómago, indigestión, diarrea)
___	___	Acetaminofén (para el dolor de cabeza, dolor)
___	___	ibuprofeno (para dolores de cabeza, dolor)
___	___	gotas para los ojos o de lavado (para irritación de los ojos)
___	___	pastillas para la garganta o las pulverizaciones, anestésicos tópicos orales (para el dolor de garganta, dolor de la boca de la tos)
___	___	pomadas, aerosoles y anestésicos (para los cortes, raspones, sarpullidos, irritaciones de la piel, quemaduras)

Su hijo tiene alguna alergia a medicamentos? Si ____ No ____ A que: _____

SI SU HIJO/A LLEVA MEDICAMENTO A LA ESCUELA, SE DEBE MANTENER EN LA ENFERMERIA. ESTO SE REFIERE A LAS PRECRIPCIONES Y MEDECINAS SIN RECETA. TODOS LOS MEDICAMENTOS DEBEN ESTAR EN EL ENVASE ORIGINAL DE LA FARMACIA. POR FAVOR ENVIE UNA NOTA CON SU HIJO DANDO EL PERMISO A LA ENFERMERA PARA ADMINISTRAR EL MEDICAMENTO.



HISTORIA DE LA SALUD

Por favor, compruebe si su hijo ha tenido o tiene actualmente , ninguno de los problemas mencionados e indicará si están siendo tratadas por un médico para esa condición.

Pasado	Presente	Dr. Care	
_____	_____	_____	Alergia a lo que: _____ qué tipo de medicina? _____ Tipo de reaction _____
_____	_____	_____	Anemia
_____	_____	_____	Artritis
_____	_____	_____	Trastorno por déficit de atención (ADHD, ADD) toma medicación? _____
_____	_____	_____	Hospitalización asma _____ toma medicina? _____
_____	_____	_____	Problemas de la vejiga
_____	_____	_____	Fecha de la varicela y edad _____ <i>Sólo los estudiantes que ingresaron a la escuela o guardería en Arizona antes de 9/1/2011 con el recuerdo de los padres de la enfermedad de la varicela sonpermite que continúe asistiendo a la escuela en Arizona sin el comprobante de vacunación contra la varicela o la exención Después 9/1/2011 niños cuyos proveedores de atención de la salud puededocumentar su historia de varicela necesidad de obtener una exención médica firmada por el médico</i>
_____	_____	_____	connoción cerebral
_____	_____	_____	Diabetes Typo _____ toma medicacina? _____
_____	_____	_____	Eczema
_____	_____	_____	Infecciones del oído (frecuente) el tipo de cirugía y fetcha _____
_____	_____	_____	Problemas oculares
_____	_____	_____	Problemas emocionales- toma medicina? _____
_____	_____	_____	Epilepsia (convulsiones) typo _____ que tanto _____ toma medicina? _____
_____	_____	_____	Desmayos (con frecuencia)
_____	_____	_____	Fracturas resultantes de la naturaleza de la cirugía y ano? _____
_____	_____	_____	Soplo cardíaco
_____	_____	_____	Tipo Hepatitis A _____ Tipo B _____ Tipo C _____
_____	_____	_____	Hernia Ondie _____ fecha de reparación sùrgica: _____
_____	_____	_____	Colmenas
_____	_____	_____	Problemas renales
_____	_____	_____	Calambres menstruales (grave)
_____	_____	_____	Dolores de cabeza de migraña
_____	_____	_____	Mononucleosis
_____	_____	_____	Entrega embarazo / fecha de vencimiento de embarazo _____
_____	_____	_____	Sinusitis (grave)
_____	_____	_____	Dolores de garganta (crónica)
_____	_____	_____	Infecciones del tracto urinario
_____	_____	_____	Otro _____

Haga una lista de las cirugías u hospitalizaciones y las fechas aproximadas : -----

Haga una lista de otros medicamentos que se toman de forma regular incluyendo los inhaladores , medicamentos comportamiento y las píldoras anticonceptivas :

¿Tiene su hijo use lentes? _____ todo el tiempo _____ a veces _____ pupilentes _____ Fecha del último examen de ojos : _____

¿Su hijo tiene problemas de audición ? describir _____

¿Su hijo tiene audífonos _____ Fecha del último examen de audición : ? _____