



Hudson Public Schools Información de Salud del Estudiante

Año Escolar _____

**** Por favor, complete con precisión y devuélvalo a la Enfermera de la Escuela ya que esta puede acompañar a su hijo si necesitara atención de emergencia.****

La escuela puede revelar información sobre el estudiante a las partes apropiadas con motivo de una emergencia de salud o seguridad si la información es necesaria para proteger la salud o la seguridad del estudiante u otras personas. (Reglamentos de la Mancomunidad de MA: 603 CMR 23.07) La enfermera de la escuela puede compartir la información de salud que sea necesaria para la salud del estudiante y la seguridad con el personal autorizado de la escuela.

Nombre del Estudiante _____ Grado _____ Profesor _____

Teléfono de casa () _____ Apellido _____ Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Idioma hablado en casa _____

¿Con quién vive el niño? Ambos padres _____ Un padre _____ Custodia compartida _____ Otro (tutor) _____

Nombre de la Madre/Tutor _____ Teléfono Celular () _____

Empleador _____ Teléfono del trabajo () _____

Nombre del Padre/Tutor _____ Teléfono Celular () _____

Empleador _____ Teléfono del trabajo () _____

Correo Electrónico de los Padres _____ Marque aquí si la enfermera se puede comunicar con Ud. por correo electrónico _____

Hermanos (as)/Escuela /grado _____

Contacto de Emergencia (**debe ser distinto al padre/tutor**) _____ Relación con el niño _____

Teléfonos del Contacto de emergencia: Casa () _____ Trabajo () _____ Celular () _____

Medico/Proveedor de Salud _____ Teléfono () _____

¿Tiene Seguro de Salud su hijo? No Si ¿Tiene su hijo Mass Health? No Si

¿Tiene Seguro Dental su hijo? No Si **Si su hijo no tiene seguro de salud, por favor comuníquese con la enfermera de la escuela**

para que le proporcione la información.

Por favor escriba los medicamentos que su hijo (a) toma regularmente en casa o en la escuela _____

Si su hijo (a) requiere medicamentos o cuidados especiales en la escuela, por favor comuníquese con la enfermera. Una orden firmada por un medico licenciado y un permiso escrito de los padres es necesario para la medicina o tratamiento dado en la escuela (excepto como se indica a continuación).

| Por favor, marque con una "X" todo lo que aplica a su hijo (a). | Si su hijo (a) ve a un especialista para una condición de salud, por favor escriba el nombre del especialista a continuación: |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alergia severa que requiere Epipen (por ejemplo comida, insectos) _____ | |
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | |
| <input type="checkbox"/> Alergias – otros _____ que no requieren Epipen | |
| <input type="checkbox"/> Asma | |
| <input type="checkbox"/> Historia de Contusiones – Diagnostico Medico: _____ ¿Cuántas? | |
| <input type="checkbox"/> Problemas Dentales/Dientes | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | |
| <input type="checkbox"/> Problemas emocionales, de comportamiento o preocupaciones de salud mental | |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Oído: _____ derecho _____ izquierdo | |
| <input type="checkbox"/> Problemas cardiacos | |
| <input type="checkbox"/> Migrañas (confirmadas por un médico) | |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | |
| <input type="checkbox"/> Problemas de vista: _____ gafas _____ lentes de contacto | |
| <input type="checkbox"/> Otro problema de salud – especificar _____ | |

• Yo doy permiso a la Enfermera de la Escuela para administrar el medicamento a mi hijo(a) siguiendo el Reglamento del Médico de la Escuela:

Indique cuales colocando una "X": Acetaminofén (Tylenol) Ibuprofeno (Motrin/Advil)

_____ aplicación a la piel de loción de calamina o Caladryl

Firma del Padre _____ Fecha _____

*** Por favor, devuelva este lo antes posible a la enfermera de la escuela ***