



## Norfolk Escuela Pública Departamento de Servicios de Salud

**Estudiante** \_\_\_\_\_ **Edad** \_\_\_\_ **Grado** \_\_\_\_ **Maestra/o** \_\_\_\_\_

Estimado Padre: Por favor contestar las siguientes preguntas y regresar a la oficina o la enfermera escolar. Esta información será ayudable en proveando servicios y programas de salud para nuestros estudiantes. (Por favor todo que aplica)

<b>Alergias</b> <input type="checkbox"/> Temporal fiebre del heno <input type="checkbox"/> comida <input type="checkbox"/> drogas <input type="checkbox"/> humo <input type="checkbox"/> insecto /obeja picadura <input type="checkbox"/> tiene kit obeja picadura <input type="checkbox"/> animales <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> <b>Asma</b>  <b>Disordenes Sangre</b> <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Hemofilia <input type="checkbox"/> Leucémica <input type="checkbox"/> Sangramiento Nariz frecuentes[ ] Otro _____	<b>Condiciones Congénitas</b> <input type="checkbox"/> Ortopédico <input type="checkbox"/> Corazón <input type="checkbox"/> Trastorno Crecimiento <input type="checkbox"/> Down Sindroma <input type="checkbox"/> Otro _____  <b>Disordenes Ojo</b> <input type="checkbox"/> Severo daño visual <input type="checkbox"/> Ceguera <input type="checkbox"/> Lentes/lente contacto <input type="checkbox"/> Otro _____  <b>Endocrino Disorden:</b> <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hipogluceemia Problemas <input type="checkbox"/> Thiroides Problemas	<b>Problemas Oír:</b> <input type="checkbox"/> Perdida de Oído <input type="checkbox"/> Frecuente infecciones oído <input type="checkbox"/> Tubos en oídos <input type="checkbox"/> Otro _____  <b>Neuromuscular Disorden:</b> <input type="checkbox"/> Mareo/ Desmayarse <input type="checkbox"/> Convulsiones/Ataques <input type="checkbox"/> Dolor cabeza frecuente <input type="checkbox"/> Dolor cabeza Migraina <input type="checkbox"/> ADD/ADHD <input type="checkbox"/> Tratado con Medicinas  <input type="checkbox"/> Otro _____	<b>Estómago /Intestinal :</b> <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Dolores frecuentes <input type="checkbox"/> Ulcera <input type="checkbox"/> Otro _____  <b>Otra Condiciones:</b> <input type="checkbox"/> Problemas piel/eczema <input type="checkbox"/> Quemadas <input type="checkbox"/> Dental/Ortodoncia <input type="checkbox"/> Escoliosis <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Problemas de Habla <input type="checkbox"/> Cirugías <input type="checkbox"/> Heridas serias <input type="checkbox"/> Otro _____
---	---	--	---

Si cualquiera de lo arriba esta marcado, por favor explicar la condición y como la enfermera escolar le puede ayudar a su niño/a: \_\_\_\_\_

Nombre del doctor tratando la condición del niño/a: \_\_\_\_\_ Numero Teléfono \_\_\_\_\_

¿Su niño/a toma medicamento de reseta en una basis regular? Si si, Por favor dar nombre de medicamento, dosis, y que tan de seguido se toma:

¿Tuvo su niño/a cualquier corrección durante este verano vacación?

Cambio en ojos/lentes a medida \_\_\_\_\_ Nombre de Doctor de Ojos \_\_\_\_\_

Problemas de Oído \_\_\_\_\_ Tratamiento \_\_\_\_\_

Problemas Dentales \_\_\_\_\_ Dentista \_\_\_\_\_

### ¿Como es proveado cuidado de salud para este estudiante?

Seguro  Medicaid  Conexión de Niño  Ningun Seguro  Otro

Los medicamentos se administrarán en la escuela con el consentimiento escrito de los padres. El medicamento debe ser traído a la escuela en una botella recetada etiquetada propiamente que contenga (nombre del niño , fecha , nombre del medicamento, la dosis y el tiempo que debe darse.) Se puede peridir a la farmacia que proporcione una botella duplicada para "la escuela ". Medicamentos de venta libre no requerirán una firma de los padres. Formas de consentimiento de padres están disponibles en la oficina de enfermería o en el sitio e la escuela.

Su firma abajo concede permiso para compartir esta información con el personal escolar:

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Firma de Padre/Guardian:** \_\_\_\_\_