



## Norfolk Public Schools Departamento de Servicios de Salud

**Estudiante** \_\_\_\_\_ **Edad** \_\_\_\_\_ **Grado** \_\_\_\_\_ **Maestro** \_\_\_\_\_

Estimado Padre: Por favor conteste las siguientes preguntas y regrese a la oficina o la enfermera escolar. Esta información será útil para proveer servicios y programas de salud para nuestros estudiantes. (Por favor marque todo que aplique)

**Alergias**

- Fiebre de heno estacional
- Comida
- Drogas
- Humo
- Picadura de insecto /abeja
  - tiene kit de picadura de abeja
- Animales
- Otro
- Asma**

**Trastornos de la Sangre**

- Anemia
- Hemofilia
- Leucémica
- Sangramiento de Nariz frecuentes
- Otro \_\_\_\_\_

**Condiciones Congénitas**

- Ortopédico
- Corazón
- Trastorno Crecimiento
- Síndrome de Down
- Otro \_\_\_\_\_

**Trastorno Ocular**

- Impedimento visual severo
- Ceguera
- Lentes/lentes de contacto
- Otro \_\_\_\_\_

**Trastorno Endocrino:**

- Diabetes
- Problemas de Hipoglucemia
- Problemas de Tiroides
- Otro \_\_\_\_\_

**Problemas Oír:**

- Perdida de Oído
- Frecuente infecciones de oído
- Tubos en oídos
- Otro \_\_\_\_\_

**Neuromuscular Desorden:**

- Mareo/ Desmayos
- Convulsiones/Ataques Epilépticos
- Dolores de cabeza frecuentes
- Migraña
- ADD/ADHD
  - Tratado con Medicina
- Otro \_\_\_\_\_

**Estómago /Intestinal:**

- Estreñimiento
- Dolores frecuentes
- Ulcera
- Otro \_\_\_\_\_

**Otra Condiciones:**

- Problemas de piel/eczema
- Quemadas
- Dental/Ortodoncia
- Escoliosis
- Cáncer
- Problemas de Habla
- Cirugías
- Heridas serias
- Otro \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

¿Su niño/a toma medicamento recetado en una base regular? Si es así, por favor del nombre de medicamento, dosis, y que tan de seguido se toma:

\_\_\_\_\_

¿Tuvo su niño/a cualquier corrección durante estas vacaciones de verano?

Cambio en ojos/equipado con lentes \_\_\_\_\_ Nombre de Doctor de Ojos \_\_\_\_\_

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

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

### ¿Cómo se le proporciona cuidado de salud para este estudiante?

- Seguro Médico  Medicaid  Kids Connection  Sin Seguro Médico  Otro

Los medicamentos se administrarán en la escuela con el consentimiento escrito de los padres. La medicina debe ser traída a la escuela en una botella etiquetada con la prescripción apropiada incluyendo (nombre del niño, fecha, nombre de la medicina, dosis, y hora de ser dada.) Se le puede pedir a la farmacia que proporcione una botella duplicada a la "escuela". Los medicamentos sin receta requieren una firma de los padres. Los formularios de consentimiento de los padres están disponibles en la oficina de la enfermera o en el sitio web de la escuela.

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

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