

NOMBRE DE ALUMNO: _____ NACIÓ: _____ GRADO: ____ AÑO GRAD.

Favor de completar y firmar a continuación incluso si no hay condiciones de salud.

Se hará todo esfuerzo para proteger la confidencialidad de información sobre la salud del estudiante.

<p>ALERGIAS <input type="checkbox"/> NINGUNA</p> <p><input type="checkbox"/> Comida _____</p> <p><input type="checkbox"/> Insecto _____</p> <p><input type="checkbox"/> De Temporada _____</p> <p><input type="checkbox"/> Otra _____</p>	<p>¿Puede causar la alergia una reacción grave o anafilaxia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si sí, favor de llenar un <i>Plan de Acción de Salud para Alergia*</i>)</p> <p>¿Requiere su hijo/a epinefrina de urgencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Requiere su hijo/a una antihistamínico oral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si sí, favor de llenar una planilla de <i>Autorización de Medicamento*</i>)</p>
---	--

<p>¿A SU HIJO/A LE DIAGNOSTICARON CON LAS CONDICIONES A CONTINUACIÓN?</p> <p><input type="checkbox"/> NINGUNA</p>	
<p><input type="checkbox"/> ADD/ ADHD _____</p> <p><input type="checkbox"/> Asma (complete un <i>Plan de Acción de Salud para Asma*</i>) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas de vejiga/ colón _____</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes (Le contactará la enfermera escolar) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Restricciones alimenticias _____</p> <p><input type="checkbox"/> Emocional/ Comportamiento / Salud mental _____</p> <p><input type="checkbox"/> Epilepsia/ Convulsiones (complete <i>Plan de Acción de Salud para Convulsiones*</i>) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Visión: Gafas/ Lentes de contacto/ Otro _____</p> <p><input type="checkbox"/> Otro:</p>	<p><input type="checkbox"/> Herida a la cabeza/Contusión cerebral Historia _____</p> <p><input type="checkbox"/> Dolores de cabezas/ Migrañas _____</p> <p><input type="checkbox"/> Pérdida de audición/Audífono _____</p> <p><input type="checkbox"/> Disfunción cardíaca/ Enfermedad hemorrágica _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ortopédica _____</p> <p><input type="checkbox"/> Cirugías recientes _____</p>

<p>MEDICAMENTOS: ¿Actualmente toma su hijo/a medicamento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>			
<u>Nombre de medicamento:</u>	<u>Para condición:</u>	<u>Frecuencia:</u>	<u>¿Lo toma en la escuela?</u>
<p>Si hay que darle medicamento en la escuela, se requiere una planilla <i>Autorización de Medicamento*</i>.</p>			

La ley de Estado de Wisconsin sobre inmunizaciones *requiere* que todas las escuelas deben tener la historia de inmunizaciones de cada estudiantes que indica que el/la estudiante cumple con todos los requisitos de inmunización. Es la responsabilidad de los padres que suministren esta historia o que firmen una dispensa de inmunización- Le avisará a los padres si la escuela no tiene una historia completa.

Sólo para el 6º grado – Alumnos que entran en el 6º grado necesitan una inmunización contra Tdap (tétano/difteria/pertusis). **Fecha de Tdap:** _____

*Se pueden encontrar todas las planillas de salud en el sitio de internet del Distrito Escolar de Plymouth o por contactar a la oficina de su escuela.

Visite a www.plymouth.k12.wi.us, **Student & Parents/ Health Services**, para información de salud y planillas.

Contacte a las enfermeras escolares del distrito si tienen preguntas o inquietud sobre su salud:

Anne Nelson, RN (4Ka 5º) a 892-2661 x4520 o Sara Stout, RN (Grados 6 a12) at 892-2661 x1100

Firma de Padre/Tutor legal

Fecha