

Distrito Escolar Combinado de Plymouth – INFORMACIÓN DE SALUD

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.

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

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

MEDICAMENTOS: ¿Actualmente toma su hijo/a medicamento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<u>Nombre de medicamento:</u>	<u>Para condición:</u>	<u>Frecuencia:</u>	<u>¿Lo toma en la escuela?</u>
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 <i>requiere</i> 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.</p> <p>Sólo para el 6° grado – Alumnos que entran en el 6° grado necesitan una inmunización contra Tdap (tétano/difteria/pertusis). Fecha de Tdap: _____</p>
--

*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 a 892-2661 x 1047.

Firma de Padre/Tutor legal

Fecha