

Nashoba Regional School District

Enfermera de la Escuela

Servicios Escolares de Salud: Datos Estudiantiles de Salud y Emergencia

Student Health Record (Spanish)

Devuelva a:

Grado _____

Maestro _____

Nombre del estudiante _____ **Fecha de Nacimiento** _____
Student Name Date of Birth

Lugar de Nacimiento _____ **Sexo (marque):** **M** o **F**
Birthplace Sex M F

Dirección (calle) _____ **Pueblo** _____ **Código Zip** _____
Street Address Town Zip Code

Padre/Apoderado _____ **Dirección** _____
Father/Guardian Address

Lugar de Empleo _____ **Dirección** _____
Employer Address

Madre/Apoderada _____ **Dirección** _____
Mother/Guardian Address

Lugar de Empleo _____ **Dirección** _____
Employer Address

∪ Hermanos Siblings

Nombre Name					
Edad Age					
Escuela School					

∪ Números de Teléfono: Incluya los anexos y otras instrucciones Telephone Numbers

	Casa Home	Empleo Work	Celular Cell	Otro Other
Madre/Apoderada Mother				
Padre/Apoderado Father				

¿Con quién vive el niño? _____ **Dirección** _____
With whom does the child reside? Address

Idioma primario en casa: _____
Primary language at home

∪ Personas Contactadas en caso de Emergencia (Emergency Contacts): **Personas locales para ser notificadas en el caso de una emergencia o enfermedad, cuando no se pueda contactar a Ud. Su hijo sólo será entregado a las personas en la lista..**

Nombre Name	Relación Relationship	Teléfono de Casa Home Phone	Teléfono del Empleo Work	Celular Cell

∪ Historial Médico Health History

∪ Alergias con Amenaza Vital: Indique si su hijo tiene alergia a alguna de las siguientes condiciones:

Picaduras de Abeja _____ **Maní (cacahuetes)** _____ **Nueces** _____ **Otras comidas** _____ **Medicamentos** _____
Bee Stings Peanuts Nuts Other foods Medications

Describe la reacción alérgica de su hijo _____ **Plan de Emergencia** _____
Describe your child's allergic reaction Emergency Plan

Se requiere Epi Pen? (marque) Sí o No **Se requiere Benadryl? (marque) Sí o No**
Is Epi Pen required? Is Benadryl required?

Su hijo lleva su propio Epi Pen? (marque) Sí o No
Does your child carry his own Epi Pen?

Indique el tratamiento a seguir para reacciones alérgicas en la escuela: _____
Indicate treatment for allergic reaction at school.

⌋Otras Alergias: Other Allergies

Medicamentos: _____ **Intolerancia a la Lactosa:** _____ **Estacionales** _____
Medications Lactose Intolerance Seasonal

Ambientales: _____ **Otros:** _____
Environmental Other

Describe la reacción: _____ **Medicamentos para los síntomas:** _____
Describe reaction. Medication used for symptoms

⌋Enfermedades/ Condiciones Crónicas: Indique si su hijo ha tenido alguna de las siguientes condiciones: _____
Illness/Chronic Conditions

Asma _____ **Mononucleosis** _____ **Diabétes** _____ **Problemas menstruales** _____ **Tiroides** _____
Asthma Mononucleosis Diabetes Menstrual Problems Thyroid
Escoliosis _____ **Ataques** _____ **Soplo al corazón** _____ **Enfermedades Renales** _____ **Varicela** _____
Scoliosis Seizures Heart Murmur Renal Disease Chicken Pox
Contusiones Cranianas _____ **Pneumonia** _____ **Desmayos** _____ **Migrañas** _____ **Problemas para ir al baño** _____
Concussion Pneumonia Fainting Migraines Toileting Issues
Emocionales _____ **Ansiedad** _____ **Depresión** _____ **Enfermedad de Lyme** _____ **Infecciones Crónicas del Oído** _____
Emotional Anxiety Depression Lyme Disease Chronic Ear Infections
Deficit Atencional _____ **Problemas de la Visión** _____ **Problemas de la Audición** _____ **Tubos en los Oídos** _____
Attention Deficit Vision Problems Hearing Problems Tubes in Ears
Dificultades en el Aprendizaje _____ **Otro** _____
Learning Disabilities Other

Por favor explique la condición. _____
Please Explain condition.

⌋Proveedores de Salud Health Care Providers

Doctor: _____
Nombre Dirección Pueblo Zip

Dentista: _____
Nombre Dirección Pueblo Zip

⌋Medicamentos: (Medications) **Por favor, haga una lista de los medicamentos recetados y los de libre consumo que toma su hijo, incluyendo los tratamientos herbales.**

Nombre del medicamento y dosis Name of medication and dose	Motivo Reason	Tomado en casa Taken at Home	Tomado en la escuela Taken at School

⌋Visión: Usa lentes _____ Lentes de contacto _____ Fecha del último examen _____
Vision Eyeglasses Contact Lenses Last Eye Exam

⌋Dental: Seguro Dental? (marque) sí / no _____ Cubre: Flúor? _____ Limpiezas? _____ Tapaduras? _____
Dental Dental Insurance yes/no Does it cover... Fluoride? Cleanings? Sealants?

Deportes: Ud. sabe alguna razón por la cual su hijo no debería participar en los deportes? _____
Sports Do you know of any reason why your child should not participate in sports?

Se requiere un exámen físico anual para los deportes a nivel de la Escuela Media o High School.

Seguro Médico: Nombre de la compañía _____ Mass Health _____ No tiene seguro _____
Health Insurance Name of Company No Insurance

Suscriptor _____ Número de la Póliza: _____
Subscriber Policy Number

⌋Información Confidencial: Yo permito que la enfermera de la escuela comparta ésta información acerca de mi hijo con sus maestros y entrenadores. Sí _____ No _____

⌋Permiso Médico: Le concedo al personal de Nashoba Regional School District la autorización de obtener tratamiento médico en el caso de una emergencia para mi hijo _____ durante el período del año escolar. Le permito llevar a mi hijo en ambulancia al hospital más cercano. Todos los gastos de los tratamientos médicos son responsabilidad financiera de los padres/apoderados.

Firma del padre/apoderado _____ **Fecha** _____