Plymouth Community School Corporation

Información Médica Estudiantil

Nombre del Estudiante_____ Grado_____

Parte 1: Medicamentos

¿Su hijo toma medicinas a diario? ○ Sí ○ No ¿Para que?_____
¿Toma estas medicinas a diario en casa? ○ Sí ○ No Dosis y las veces al día_____
¿Necesita tomar esta medicina en la escuela? ○ Sí ○ No Dosis y las veces al día_____
¿Su hijo toma productos herbarios? ○ Sí ○ No Especificar:_____

Parte 2: Alérgicas

¿Su hijo es alérgico a alguna comida, medicina, picaduras de abejas, o problemas ambientales?
○ Sí ○ No
Alérgico a medicina_____Alguna comida_____
Alérgico a picaduras de abejas_____Otros alergias_____
El tipo de reacción alérgica_____Requiere Epi-pen? ○ Sí ○ No

Parte 3: Historial Medico (por favor cheque todo que aplica)

Corriente / Resuelto		Corriente / Resuelto	
☐	☐ Asma	☐	☐ Migrañas
☐	☐ Diabetes	☐	☐ Problemas del Corazón
☐	☐ Condición deficiente de atención	☐	☐ Ataques Epilépticos
☐	☐ Problemas al orinar o evacuar	☐	☐ Sangre de Nariz
☐	☐ Incapacidad / impedimento	☐	☐ Operaciones/ Heridas serio
☐	☐ Hospitalizaciones	☐	☐ Otra Cosas _____

☐ Usa anteojos ☐ lentes de contacto ☐ Usa audífono de oído

Parte 4: Necesidades Especiales

Detalle cualquier cuidado o tratamiento que la enfermera necesite proveer para su hijo en la escuela: (i.e. tratamiento nebuloso, alimentación por medio de tubos, catéter, succión, etc.)

Yo doy permiso que esta información sea compartida con los profesores de mi hijo.

Permiso de Transportar / De Dar Servicios Médicos – y Dar Información

Yo doy permiso para transportar a _____(nombre del estudiante)
A una facilidad de emergencia mas cerca cuando el personal escolar determine servicios médicos emergentes sean necesarios. Yo comprendo que los padres son responsables por el costo de la transportación y de cualquier servicio medico recibido. Yo comprendo que la información de arriba es esencial para planear un cuidado apropiado, y por mi firma, doy permiso para que la Corporación Escolar de la Comunidad de Plymouth puede pasar esta información al personal del hospital. Se entiende que esta información es confidencial.

También se comprende que todo esfuerzo se hace para ponerse en contacto con los padres antes de tratamientos. En el evento de que mi niño llegue al hospital antes que yo, yo doy permiso al personal de emergencia para que administre cualquier y todos SERVICIOS MEDICOS hasta que yo llegue.

Este formulario de permiso es valido para los años escolar de 20_____ - 20_____.

Signatura de Padre / Guardian_____Fecha_____
Teléfono de Casa_____de Trabajo_____de Celular_____
Nombre de Doctor_____Teléfono_____
Contacto de Emergencia_____Teléfono_____