

Bentonville Public Schools
Historial de Salud de Estudiante

Nombre _____ Maestro/a _____ Grado _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre de Padre o Guardian (Imprimir) _____

Número de Emergencia: Casa _____ Celular _____ Correo electrónico _____

Contactos de Emergencia : Nombre/Número _____

“ _____ Nombre/Número _____

¿Ha tenido o tiene su hijo/a? (Favor de checar en la parte derecha de cada cosa)*

	Si	No	Año		Si	No	Año
ADD/ADHD				Preocupación excesiva o ansiedad o depresión			
Enfermedad Cardíaca/Cirugía Cardíaca				Perdida de familiar, divorcio/separación, mudanza			
*Asma				Problemas de equilibrio;aparato ortopédico, silla lruedas, etc			
Alergias estacionales, fiebre de heno				Dolor severo o crónico abdominal			
*Alergias Severas (Epi-Pen)				Escoliosis en la familia			
Contacto con Tuberculosis/prueba positiva				Problemas del habla			
Tumor, Bulto, o Cancer				Problemas oculares			
*Diabetes o azúcar en la orina				Usa lentes			
Eccema, Enfermedad de la piel				Infecciones del oído frecuentes/ Tubos en los oídos			
Preción alta/baja/problemas de sangre				Pérdida del oído/ Audifonos			
Dolores frecuentes y severos de Cabeza				Orina frecuente y dolorosa			
Vértigo o desmayos				Problemas Intestinales/Constipación			
Lesión grave de cabeza/Conmoción				Moja o ensucia los pantalones/se orina en la cama			
*Convulsiones Epilépticas				Otro			

Explicar alguna enfermedad grave, operaciones, o lesiones. ¿Qué? ¿Cuándo?

Ha recibido su hijo/a inmunizaciones recientes O ha pedido una exención de inmunización: Fecha _____

*** Algunas Condiciones de Salud pueden que requieran un plan de salud nuevo cada año para poner en el expediente . Favor de checar con la enfermera escolar.***

Nombre cualquier medicamento que su hijo/a toma regularmente:

Medicamento	Dosis y frecuencia	Propósito	Efecto Secundario

Nombre cualquier Alergia a Medicamento o Alergia a los Alimentos (incluyendo medicina sin receta):

Alergia: _____ Reacción: _____

Alergia: _____ Reacción: _____

Alergia: _____ Reacción: _____

Medicina sin receta esta disponible para su hijo(a) durante las horas de escuela, en caso que sea necesario. La dosis es basada en la edad y peso y son aprobadas por el Dr. Curtis Hedberg. Por favor comuníquese con la enfermera escolar si desea una lista de medicinas disponibles sin receta. También, si su hijo(a) necesita medicinas de receta durante el día, uno de los padres deben de traerla a la enfermera escolar en el envase original y deben de firmar el consentimiento para poder darle la medicina. Los estudiantes NO deben de traer NINGUN medicamento con o sin receta médica. Su firma al pie de este documento muestra que usted da su aprobación para poder dispensar medicina sin receta como sea necesario.

Firma del Padre/Guardian: _____ Fecha: _____