

Beaver Dam Unified School District Health Record Information

Nombre del Estudiante: _____ Grado: _____ Escuela: _____

Para satisfacer las necesidades de salud de su hijo/a mientras está en las escuela, requerimos la siguiente información. Por favor complete y firme abajo aunque no necesite el servicio. Procedimientos estándar de primeros auxilios se seguen para todas las lesiones y enfermedades que ocurran durante la escuela. Por favor estén seguros que tenemos una forma de contactarlos en caso de emergencia

Ha sido su hijo diagnosticado con alguna de las siguientes enfermedades por algún Proveedor de Salud (Ponga una X para indicar condiciones descritas abajo)? Este es un cambio desde el ultimo año escolar? Si No

- | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Emocional/Comportamiento/Psico | <input type="checkbox"/> Condición con el corazón |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza/Migrañas | <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Ortopédico | <input type="checkbox"/> Otros _____ |

Detalles/Especificaciones con referencia a la condición:

--

Alergias

<input type="checkbox"/> Comida	Especifique:	Su niño/a require emergencia epinefrina? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Insectos	Especifique:	Su niño/a require antihistamínico oral? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Temporada	Especifique:	<i>Si es si en cualquiera, la medicina debe ser proporcionada por el padre/guardian y tiene que llenar una forma de autorización para medicamentos para que se la den en le escuela.</i>
<input type="checkbox"/> Otros	Especifique:	

Otros Problemas Médicos/Cirugías/Información de la Salud:

--

Por favor contacte la escuela si quiere hablar en privado con la enfermera sobre la condición de la salud de su hijo/a.

Medicamentos: Esta su hijo/a tomando medicamento en este momento? Si No

Tipo de medicina:	Razón de la medicina:	Cuando se le da?
-------------------	-----------------------	------------------

***Si se le va a dar la medicina en la escuela una Forma de Autorización es requerida.*

La Ley de Inmunización de Wisconsin requiere que todas las escuelas tengan en sus archivos los registros de las inmunizaciones de cada estudiante que muestra que tienen todas las inmunizaciones requerida por el estado. Es responsabilidad de los padres proporcionar estos registros o firmar una exención de inmunización. Los Padres serán avisados si la escuela no tiene los registros completos.

Yo doy permiso de que compartan los registros de inmunizaciones de mi hijo con el Registro de Inmunizaciones de Wisconsin y mi proveedor de Inmunizaciones con el propósito de mantener unos registros completos y precisos para ayudar en garantizar una inmunización completa. Cheque aquí si usted no da su permiso:

Solamente 6th Grado: Estudiantes que van a 6 grado necesitan una Tdap (tétanos/tos ferina) o una Td (tétanos) conteniendo la vacuna dentro de los 5 años de Septiembre 1 del año ellos entran 6 grado (ex. Año actual – 5).

Tdap o Td: _____

Esta información será utilizada por la enfermera de la escuela para desarrollar un plan e salud para su hijo si es necesario. La información sobre el estado de salud de su hijo será compartida solamente con el personal que necesita saber cómo ayudar a su hijo.

Firma del Padre o Guardián: _____ Fecha: _____