

**DISTRITO ESCOLAR 161 DE FLOSSMOOR**  
**Información Médica Anual sobre el Alumno (2010-2011)**

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado en 2010-2011: \_\_\_\_\_

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono (casa): \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre/tutor(es) con los que vive el alumno: \_\_\_\_\_

Padre: \_\_\_\_\_  
 Nombre Teléfono durante el día Teléfono celular/bíper

Madre: \_\_\_\_\_  
 Nombre Teléfono durante el día Teléfono celular/bíper

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
*Nombre Relación*

(Persona disponible para retirar al niño de la escuela durante las horas de clase, en caso de enfermedad o emergencia, si no podemos comunicarnos con los padres/tutores).

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del dentista: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Para continuar con la atención médica, por favor actualice la información que sigue a continuación. Si su hijo/a tiene una condición médica seria, por favor comuníquese con el Coordinador de la Salud de la escuela.

**A. HISTORIA MÉDICA: Marque las siguientes preocupaciones médicas que correspondan y describalas en la sección comentarios.**

_____ TDAH (ADHD)	_____ Problemas emocionales	_____ Desorden musculoesquelético
_____ Alergias	_____ Pluma inyectora ( <i>Epi-Pen</i> )	_____ Problemas neurológicos
_____ Artritis	_____ Lesiones en la cabeza	_____ Problemas ortopédicos
_____ Asma	_____ Dolores de cabeza	_____ Ataques/epilepsia
_____ Condición cardíaca	_____ Disminución auditiva	_____ Problemas con el baño
_____ Parálisis cerebral	_____ Problemas urinarios/renales	_____ Problemas en la visión
_____ Diabetes	_____ Otros: _____	(Por favor, explique)

Comentarios: \_\_\_\_\_

Por favor contacte la Coordinadora de Salud en la escuela de su niño si usted quiere hablar sobre cualquiera de los conciernes de salud de arriba.

**B. ALERGIAS: Enumere las alergias que su hijo/a padece y el tratamiento.**

Alergia: \_\_\_\_\_ Tratamiento: \_\_\_\_\_

Alergia: \_\_\_\_\_ Tratamiento: \_\_\_\_\_

**C. MEDICACIÓN: Enumere todos los medicamentos recetados, sin receta y provenientes de hierbas.**

Nombre	Utilizado para tratar
1) _____	_____
2) _____	_____

**D. Enliste las heridas, cirujías, operaciones, o hospitalizaciones. De la edad del alumno y las razones:** \_\_\_\_\_

**E. ¿Usa el alumno anteojos o lentes de contacto? Sí  No**

Si los usa, indique la fecha del último examen de la visión: \_\_\_\_\_

Esta información puede compartirse con el personal adecuado por razones médicas y educativas.

Nombre del padre/madre (*letra de imprenta*)

Firma del padre/madre

Fecha