



HISTORIAL MÉDICO ANUAL DEL ESTUDIANTE 2014-2015

El Departamento de Servicios de Salud de WISD requiere la siguiente información para completar el proceso de inscripción. La información de salud que usted proporciona sobre su hijo es confidencial y será utilizada para proveer cuidado médico seguro e informado en la escuela, y solamente será compartida con personal de WISD que la requiera para prestar un mejor servicio a su hijo. Si su hijo sufre alguna enfermedad o hay cambios en su historial médico durante el año escolar, es responsabilidad del padre/tutor el notificar sobre esto a la enfermera de la escuela y actualizar su información.

Alumno: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M F Grado: _____
 Padre(s): _____ Correo electrónico: _____
 Tel. Celular: _____ Tel. Casa: _____ Trabajo/Otro: _____
 Nombre del Médico: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

El estudiante no tiene problemas médicos conocidos O alguna condición que requiere cuidados médicos

PROBLEMA MÉDICO QUE REQUIERE CUIDADOS	EXPLICACIÓN	MEDICAMENTO/TRATAMIENTOS
<input type="checkbox"/> Alérgico a <input type="checkbox"/> Picaduras de insecto <input type="checkbox"/> Látex <input type="checkbox"/> Alergias de temporada <input type="checkbox"/> Comida _____ <input type="checkbox"/> Medicamento _____ <input type="checkbox"/> Otro _____	Síntomas/Reacción:	<input type="checkbox"/> La alergia es menor. Ni medicamento ni ajustes son necesarios en la escuela. <input type="checkbox"/> La alergia es grave. Se requiere medicamento. Plan de Acción Alérgica Requerido- Vea a la Enfermera Escolar ¿EpiPen? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Benadryl? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Otro medicamento?:
<input type="checkbox"/> Asma <i>Por favor provea un Plan de Acción de Asma actualizado si su hijo requiere medicamentos o tratamientos para el asma en la escuela— Vea a la Enfermera Escolar.</i>	Edad en la que se le diagnosticó: _____ ¿Bajo cuidado médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Medicamentos tomados para el asma: En casa: _____ En la escuela: _____ La Ley de Texas requiere una forma de permiso especial para portar un inhalador en la escuela —vea a la enfermera escolar.
<input type="checkbox"/> Conducta, Emocional, Psicológico		
<input type="checkbox"/> Diabetes <i>Un Plan de Manejo y Tratamiento es requerido para el cuidado en la escuela — Vea a la Enfermera Escolar</i>	<input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2 Información adicional:	
<input type="checkbox"/> Convulsiones Vea a la Enfermera Escolar		
<input type="checkbox"/> Otro padecimiento/Cirugías	<input type="checkbox"/> Pérdida de audición <input type="checkbox"/> Pérdida de la vista sin corregir con gafas/lentes de contacto Otro: _____ <input type="checkbox"/> Migrañas <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral <input type="checkbox"/> Espina bífida <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Distrofia muscular <input type="checkbox"/> Escoliosis <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn <input type="checkbox"/> Reflujo Gástrico <input type="checkbox"/> Colitis Funcional <input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Desorden/enfermedad de la sangre <input type="checkbox"/> Padecimientos cardiacos/Cirugía del corazón <input type="checkbox"/> Enfermedades de la piel <input type="checkbox"/> Fibrosis quística <input type="checkbox"/> Tuberculosis Otro: _____

MEDICAMENTOS NO MENCIONADOS ARRIBA QUE SON TOMADOS ACTUALMENTE: Todas las medicinas ingeridas durante las horas de escuela y actividades relacionadas con la escuela deben ser traídas a la clínica. **Una forma de permiso especial es requerida para TODOS los medicamentos**—vea a la enfermera escolar.

Medicamento	Dosis/Hora(s) de toma	Razón	¿Necesario en la escuela?
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Entiendo y acepto que un representante de Wylie ISD puede proporcionar tratamiento topico de primeros auxilios como (Caladryl, Gel para quemaduras, gotas lubricantes para los ojos) a mi hijo/a bajo las ordenes de un asesor medico, almenos que elija No en las siguientes Casillas No Caladryl Clear No Burn Free Gel No Lubricating Eye Drops

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____