

**Distrito Escolar de Provo**  
**Información de los Estudiantes de Salud**

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
Dirrección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
Número de teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono de celular \_\_\_\_\_  
Padres/guardians: \_\_\_\_\_  
El estudiante vive con: \_\_\_\_\_ Ambos Padres \_\_\_\_\_ Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Historia Clínica

Médico de Familia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Diagnóstico médico actual (en su caso) \_\_\_\_\_

Sí	No	¿Ha tenido su hijo? (en caso sí, describa)
_____	_____	¿Cualquier alergia? (Por favor, diga qué y cómo graves) _____
_____	_____	¿Asma o problemas respiratorios? _____
_____	_____	¿Problemas ortopédicos o de hueso? _____
_____	_____	¿Las enfermedades del corazón o un soplo? _____
_____	_____	¿Enfermedad renal? _____
_____	_____	¿Convulsiones? (tipo y frecuencia) _____
_____	_____	¿Diabetes? (dependiente de la insulina o una bomba de insulina) _____
_____	_____	¿Enfermedades crónicas graves? (como leucemia, trasplante) _____
_____	_____	¿Su niño ha tenido la varicela? _____
_____	_____	¿Accidente o lesión grave? _____
_____	_____	¿Examen de la vista? Fecha _____ Por los cuales _____ los resultados _____
_____	_____	¿Otros problemas de salud? _____

Medicación

¿Está el estudiante en la medicación especial que puede ser necesario dar en la escuela?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿En caso afirmativo, qué tipo y la razón? \_\_\_\_\_

**En caso afirmativo, un medicamento estudiante formulario de autorización deberá ser completado por el padre y el médico y regresó a la escuela antes de que cualquier medicamento se puede administrar. Esto incluye todos los medicamentos de venta libre y recetados (incluyendo los inhaladores, Epipens, y la insulina). Puede obtener el formulario en la oficina.**

*Es una violación de la droga del distrito de política gratuito para los estudiantes para llevar a cualquier medicamento. La única excepción a esto es inhaladores, Epipens, y la insulina **con el médico adecuado y la autorización firmada de los padres.***

\_\_\_\_\_  
Firma de Padres o Guardiân

\_\_\_\_\_  
Fecha

Atención: La información solicitada se considera esencial para la planificación de un programa cada año, que satisfaga las necesidades de su hijo. Esta información se mantendrá confidencial y sólo las personas que trabajan directamente con su hijo (ieteachers, administradores, enfermeras) tendrán acceso a esta información.