

DISTRITO ESCOLAR DE METHACTON FORMULARIO DE SALUD
DEL ESTUDIANTE AÑO ESCOLAR: 2023-2024 NOMBRE DEL

ESTUDIANTE _____ ID# _____

GRADO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ EDIFICIO _____ GÉNERO _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA:

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR: _____ N.º DE CELULAR _____

CORREO ELECTRÓNICO _____ N.º DE TRABAJO _____

N.º DE CASA _____ NOMBRE DEL PADRE/TUTOR: _____

CELULAR # _____ CORREO ELECTRÓNICO _____

N.º DE TRABAJO _____ N.º DE CASA _____

El niño vive con: (es decir, madre, padre, tutor, otro) _____

¿Información de custodia archivada en la escuela? ____ SÍ ____ NO ____ N/A

Otros contactos no enumerados arriba Mi hijo puede ser entregado a:

NOMBRE Y RELACIÓN (CON EL NIÑO) N.º DE TELÉFONO

1. _____

2. _____

3. _____

Hermanos en el distrito escolar de Methacton/grado: _____

DOY PERMISO PARA MI HIJO PARA SER ADMINISTRADO POR EL PERSONAL DE SALUD
DE LA ESCUELA (Aprobado por el médico de la escuela) (**Marque SÍ o NO**):

IBUPROFEN (ADVIL) ____ SÍ ____ NO

TUMS ____ SÍ ____ NO

ACETAMINOPHEN (TYLENOL) ____ SÍ ____ NO

BENADRYL ____ SÍ ____ NO

SPRAY PARA LA GARGANTA ____ SÍ ____ NO

*PASTILLAS ____ SÍ ____ NO (>12 años de edad)

NO JARABE DE COCA ____ SÍ ____ NO

NEOSPORINA ____ SÍ ____ NO

PEPTO BISMOL ____ SÍ ____ NO

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ GRADO _____

HISTORIAL MÉDICO

ALERGIAS ____SÍ ____NO TIPO _____ Y PAN ____SÍ ____NO ASMA ____SÍ ____NO

INHALADOR ____SÍ ____NO ____N/A TRASTORNO CONVULSIVO ____SÍ ____NO

Describe: _____

DIABETES ____SÍ ____NO ____ TIPO I ____ TIPO II

Método de administración de insulina: _____

CONDICIÓN CARDÍACA ____SÍ ____NO

Describe: _____

ACTUALIZACIÓN ANUAL DE SALUD:

¿Enfermedad grave, lesión, hospitalización u operación durante el último año? ____SÍ ____NO

Describe: _____

¿Su hijo tiene un trastorno auditivo y/o visual? ____SÍ ____NO

Describe: _____

ACTUALIZACIÓN DE VACUNAS:

Si su hijo recibió alguna vacuna durante el año pasado, adjunte la documentación del médico a este formulario.

He revisado este formulario y certifico que toda la información es completa y precisa. Si esta información cambia durante el año escolar, me comunicaré con la enfermera de la escuela con las actualizaciones.

FIRMA DEL PADRE

TUTOR FECHA