

DISTRITO ESCOLAR DE METHACTON FORMULARIO DE SALUD  
DEL ESTUDIANTE AÑO ESCOLAR: 2024-2025 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 SI o NO**):

IBUPROFEN (ADVIL) \_\_\_ SI \_\_\_ NO

TUMS \_\_\_ SI \_\_\_ NO

ACETAMINOPHEN (TYLENOL) \_\_\_ SI \_\_\_ NO

BENADRYL \_\_\_ SI \_\_\_ NO

SPRAY PARA LA GARGANTA \_\_\_ SI \_\_\_ NO

\*PASTILLAS \_\_\_ SI \_\_\_ NO (>12 años de edad)

NO JARABE DE COCA \_\_\_ SI \_\_\_ NO

NEOSPORINA \_\_\_ SI \_\_\_ NO

PEPTO BISMOL \_\_\_ SI \_\_\_ NO

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ GRADO \_\_\_\_\_

### HISTORIAL MÉDICO

ALERGIAS \_\_\_SÍ \_\_\_NO TIPO \_\_\_\_\_ Y PAN \_\_\_SI \_\_\_NO ASMA \_\_\_SI \_\_\_NO

INHALADOR \_\_\_SI \_\_\_NO \_\_\_N/A TRASTORNO CONVULSIVO \_\_\_SI \_\_\_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