

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