

Escuela del Distrito 7 de Spartanburg – Formato de Salud del Estudiante 2022-2023

Medicaid #

Estudiante: _____ Nombre Preferido: _____ Fecha/Nacimiento: _____

Hombre Mujer Grado: _____ Profesor(a): _____ Lengua Primaria _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Padre/Guardián	Teléfono Fijo/Celular	Teléfono del Trabajo	Vive Con
			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Lista de 3 personas encargadas de recoger a su hijo en caso de emergencia cuando usted no está disponible.

Contacto en Caso de Emergencia	Teléfono Fijo/Celular	Teléfono del Trabajo	Parentesco
1.			
2.			
3.			

Yo doy mi permiso al Distrito 7 de Spartanburg para usar/dar a mi hijo lo siguiente: Indicar con una "X".

Medicamento	Si, por favor administrar	No, No administrar
Acetaminophen, (Tylenol) para el dolor menor		
Bacitracin Ungüento Antibiótico para cortes menores y abrasiones		
Benzocaine (Orajel) para dolor de muelas leves		
Loción de Calamina/Caladryl para irritaciones menores de la piel		
Antiácido Cálcico (TUMS) para el malestar estomacal menor		
Diphenhydramine (Benadryl) en caso de EMERGENCIA sólo para reacciones alérgicas		
Hydrocortisone Crema para irritaciones menores de la piel		
Ibuprofen (Advil) para el dolor menor		
Lozange Garganta/Tos Gotas con Mentol para el dolor de garganta leve/irritación		

Historia Médica: Por favor indique usando una "X" si su hijo ha sido diagnosticado por un Médico con lo siguiente:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Estado Cardíaco | <input type="checkbox"/> Discapacidad Física |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de Sangre | <input type="checkbox"/> Fibrosis Quística | <input type="checkbox"/> Condición Psiquiátrica |
| <input type="checkbox"/> Intestino/Problema de Vejiga | <input type="checkbox"/> Problemas Auditivos | <input type="checkbox"/> Enfermedad Células Falciformes |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Trastorno Renal | <input type="checkbox"/> Trastorno del Habla |
| | | <input type="checkbox"/> Problemas de Visión |

- Asma: **Su hijo tiene una receta médica para usar el inhalador (Si o No)?** _____
- Diabetes: Su hijo recibirá Insulina en la escuela vía Pen o Pump (Si o No)? _____
- Epilepsia/Convulsiones: Su hijo tiene una receta médica Diastat (Si o No)? _____
- Otro: _____

Por favor haga una lista de alergias de su hijo (Alimentos, Insectos, Medicamento, Latex, etc.):

¿Tiene su hijo una receta médica EpiPen (Si o No)?

*** Por favor, continuar en la parte posterior de esta forma***

