

OLIVE PEIRCE MIDDLE SCHOOL

INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA SALUD DEL ESTUDIANTE

*******FAVOR DE LLAMAR A LA OFICINA DE ENFERMERÍA SI SU HIJO TIENE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD ACTUALMENTE*******

¿TIENE O PADECE ALGO DE LO MENCIONADO A CONTINUACIÓN?

¿PROBLEMAS O LIMITACIONES FÍSICAS? _____

¿PROBLEMAS PARA VER? _____ ¿USA LENTES/PUPILENTES? _____ ¿TODO EL TIEMPO? _____ ¿PARTE DEL TIEMPO? _____

FECHA CUANDO OBTUVO SUS ÚLTIMOS LENTES _____

¿PROBLEMAS PARA OIR? _____ ¿INFECCIONES DE OIDO? _____ ¿TIENE PROBLEMAS PARA HABLAR? _____

¿ALERGIAS? _____ ¿QUÉ TIPO DE ALERGIAS? _____

¿ASMA? _____ ¿SEVERA? _____ ¿TIENE MEDICAMENTO EN LA ESCUELA? _____

¿DIABETES? _____ ¿NECESITA MEDICAMENTO Y/O CHEQUARSE LA GLUCOSA EN LA ESCUELA? _____ ¿CON QUÉ FRECUENCIA? _____

¿REACCIÓN A LA PICADURA DE LAS ABEJAS? _____ ¿SEVERA? _____ ¿NECESITA MEDICAMENTO EN LA ESCUELA? _____

¿ATAQUES EPILÉPTICOS? _____ ¿PROBLEMAS DEL CORAZÓN? _____ ¿TUBERCULOSIS? _____ ¿FIEBRE REUMÁTICA? _____

¿CUALQUIER OTRO PROBLEMA DE SALUD? _____

¿HA TENIDO ALGUNA CIRUGÍA? _____ ¿CUÁNDO? _____
Indique qué tipo de cirugía

PETICIONES O COMENTARIOS: _____

BAJO EL CÓDIGO DE EDUCACIÓN 49497, NINGUN DISTRITO ESCOLAR SERÁ RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO RAZONABLE DE UN ESTUDIANTE SIN EL CONSENTIMIENTO DEL PADRE/TUTOR LEGAL CUANDO EL ESTUDIANTE SUFRA ALGUNA LASTIMADURA Y REQUIERA DEL TRATAMIENTO MÉDICO RAZONABLE Y EL PADRE/TUTOR LEGAL NO PUEDA SER CONTACTADO, AL MENOS QUE DE ANTEMANO HAYA ESCRITO UNA OBJECCIÓN PARA RECIBIR EL TRATAMIENTO MÉDICO Y ESTE HAYA SIDO ENTREGADO AL DISTRITO ESCOLAR. CUANDO SEA NECESARIO, YO AUTORIZO AL PERSONAL DEL DISTRITO ESCOLAR PARA ASEGURAR SERVICIOS DE EMERGENCIA (MÉDICO, DENTAL, PARAMÉDICOS, AMBULANCIA) PARA MI HIJO Y ACEPTO LA RESPONSABILIDAD DE LOS GASTOS, ASÍ COMO AUTORIZO TAMBIÉN, PROPORCIONEN LA INFORMACIÓN MÉDICA DE MI HIJO CUANDO SEA NECESARIO.

| | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------|
| _____ | _____ | _____ |
| ✍ Firma del padre/tutor legal | ✍ Firma del padre/tutor legal | Fecha |

| | |
|-------------------------------------|-----------------------|
| _____ | _____ |
| NOMBRE DEL DOCTOR DE MI HIJO | Nº DE TELÉFONO |

| | |
|---|---------------------|
| _____ | _____ |
| NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO | Nº DE PÓLIZA |

EN CASO DE QUE FUERA NECESARIO QUE LA ESCUELA TUVIERA QUE DEJAR SALIR A MI HIJO A OTRA HORA QUE NO SEA LA HORA NORMAL DE SALIDA, YO DESEO QUE MI HIJO HAGA LO SIGUIENTE: _____

SI LA INFORMACIÓN EN ESTA HOJA CAMBIA, NOTIFIQUE A LA ESCUELA INMEDIATAMENTE. GRACIAS.