

Autorizaciones NOTA: EL TYLENOL / IBUPROFENO TIENE QUE SER PROVISTO POR LOS PADRES/TUTORES.

El personal de la escuela tiene mi permiso para administrar Acetaminophen y Ibuprofen a mi hijo, no se excederán más de 5 dosis por mes sin una orden de un médico.

Favor indicar si está de acuerdo, Si _____ o No _____

El personal de la escuela tiene mi permiso de comunicarse con mi médico si es necesario. Favor indicar si está de acuerdo, Si _____ o No _____

Médico Particular _____ Número de teléfono _____

Firma de los Padres/ Tutor _____

Fecha _____

Información de salud

Por favor circule cualquiera de las condiciones que apliquen a su estudiante, de una breve explicación en el espacio provisto.

___ Yo solicito que la enfermera de la escuela se ponga en contacto conmigo sobre tema(s) de salud de mi hijo/a enlistados abajo.

- | | | |
|---|--|---|
| 1. Alergia a Picadura De Abejas | 18. Enfermedad Celíaca* | 36. Desorden Obsesivo, Compulsivo |
| 2. Alergia a Comida _____ | 19. Parálisis Cerebral** | 37. Enfermedad Osgood-Schlatters(Osteocondrosis) |
| 3. Alergia a Medicina _____ | 20. Ciego a los Colores | 38. Impedimentos Físicos _____ |
| 4. Alergia a Polvo, Polen, fiebre del heno | 21. Fibrosis Cística | 39. Escoliosis Desviación de la Columna Vertebral |
| 5. Alergia a Estacional | 22. Depresión | 40. Anemia De Células Falciformes |
| 6. Anafilaxia a _____* | 23. Diabetes* | 41. Habla |
| 7. Anemia | 24. Síndrome de Down | 42. Síndrome De Tourette |
| 8. Desorden Alimenticio Anorexia/Bulimia** | 25. Desorden Endocrino | 43. Tuberculosis |
| 9. Ansiedad | 26. Epilepsia* | 44. Daño Visual |
| 10. Artritis Reuma | 27. Desorden de Crecimiento | 45. Servicios De Educación Especial |
| 11. Desorden de Atención (ADD) | 28. Perdida De Oído(Especificar Cual Oído _____) | A. ELL(Inglés Como Segundo Lenguaje) |
| 12. Desorden de atención ,con hiperactividad (ADHD) | 29. Daño Auditivo | B. SLD(Des-Habilidad Especifica De Aprendizaje) |
| 13. Asma* | 30. Enfermedad Del Corazón** | C. EBD(desorden emocional y conducta) |
| 14. Autismo | 31. Hemofilia* | D. MMMI(daño mental moderado, leve) |
| 15. Defecto de Nacimiento, Cromosoma | 32. Desorden de Riñón** | E. MSMI(daño mental moderado, severo) |
| 16. Desorden de Sangre** | 33. Asuntos de Salud Mental | 46. Otro _____ |
| 17. Cáncer, Leucemia** | 34. Distrofia Muscular | |
| | 35. Dolores de Cabeza, Migraña | |

*Plan de Salud será Requerido

**Información de Seguimiento Necesaria

Información Adicional: _____

Medicamentos Actuales: _____