

**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 \_\_\_\_\_

Yo autorizo el personal de la escuela a enviar a casa cualquier medicamento no controlado con mi hijo/a al final de año escolar. Favor marcar, 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                     | 20. Ciego a los Colores                          | 38. Desorden Obsesivo, Compulsivo                 |
| 2. Alergia a Comida _____                           | 21. Fibrosis Cística                             | 39. Impedimentos Físicos _____                    |
| 3. Alergia a Medicina _____                         | 22. Depresión                                    | 40. Embarazo (Actual o Previo)                    |
| 4. Alergia a Polvo, Polen, fiebre del heno          | 23. Diabetes*                                    | 41. Escoliosis Desviación de la Columna Vertebral |
| 5. Alergia a Estacional                             | 24. Síndrome de Down                             | 42. Anemia De Células Falciformes                 |
| 6. Anafilaxia a _____*                              | 25. Desorden Endocrino                           | 43. Habla   |
| 7. Anemia   | 26. Epilepsia*                                   | 44. Síndrome De Tourette                          |
| 8. Desorden Alimenticio Anorexia/Bulimia**          | 27. Desorden de Crecimiento                      | 45. Tuberculosis                                  |
| 9. Ansiedad   | 28. Perdida De Oído(Especificar Cual Oído _____) | 46. Daño Visual                                   |
| 10. Artritis Reuma                                  | 29. Daño Auditivo                                | 47. Servicios De Educación Especial               |
| 11. Desorden de Atención (ADD)                      | 30. Enfermedad Del Corazón**                     | A. ELL(Ingles Como Segundo Lenguaje)              |
| 12. Desorden de atención ,con hiperactividad (ADHD) | 31. Hemofilia*                                   | B. SLD(Des-Habilidad Especifica De Aprendizaje)   |
| 13. Asma*   | 32. Desorden de Riñón**                          | C. EBD(desorden emocional y conducta)             |
| 14. Autismo   | 33. Calambres Menstruales (Severo)               | D. MMMI(daño mental moderado, leve)               |
| 15. Defecto de Nacimiento, Cromosoma                | 34. Asuntos de Salud Mental                      | E. MSMI(daño mental moderado, severo)             |
| 16. Desorden de Sangre**                            | 35. Distrofia Muscular                           | 48. Otro _____                                    |
| 17. Cáncer, Leucemia**                              | 36. Dolores de Cabeza, Migraña                   | *Plan de Salud será Requerido                     |
| 18. Enfermedad Celiaquía*                           | 37. Enfermedad Osgood-Schlatters(Osteocondrosis) | **Información de Seguimiento Necesaria            |
| 19. Parálisis Cerebral**                            |  |   |

Información Adicional: \_\_\_\_\_

Medicamentos Actuales: \_\_\_\_\_