

PIUS XI CATHOLIC HIGH SCHOOL
RESUMEN DE SALUD
2021-22 Año Escolar

***** ESTE FORMULARIO SOLO SE DEBE LLENAR DE NUEVO SI ALGO RELACIONADO CON LA SALUD DE SU HIJO/A HA CAMBIADO DESDE EL AÑO ESCOLAR 2020-21 *****

Este formulario se debe completar para todos los estudiantes. **La información solicitada informará al personal de emergencia y al personal de la escuela sobre cualquier condición médica que pueda tener su hijo/a.** Si no podemos comunicarnos con un padre / tutor, la firma de este formulario nos autoriza a tomar la decisión de transportar al estudiante al hospital más cercano.

La siguiente información es verdadera según mi conocimiento:

Nombre del Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento _____ Año de Graduación _____

Historia Médica: Marque todo lo que corresponda y proporcione información adicional según sea necesario en el espacio a continuación:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva (__ izquierda __ derecha) |
| <input type="checkbox"/> Anemia/ Desorden sanguíneo | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos |
| <input type="checkbox"/> Artritis / Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Hipoglucemia |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Escoliosis |
| <input type="checkbox"/> Desequilibrio químico (propenso a la depresión) | <input type="checkbox"/> Discapacidad visual (ciego o parcialmente ciego) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Otro: (por favor especifique) |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia / convulsión | <input type="checkbox"/> Ninguno |

Información adicional: Si marcó sí en cualquiera de las opciones anteriores, proporcione información adicional sobre la afección, el tratamiento o las adaptaciones especiales que puedan existir.

Medicamentos: liste los medicamentos recetados o de venta sin receta que su hijo/a usa con regularidad. Liste la medicación, la dosis y la frecuencia.

NÚMEROS DE TELÉFONO DEL PADRE / MADRE / GUARDIÁN:

PADRE / GUARDIÁN: _____ # TELÉFONO _____

MADRE / GUARDIÁN: _____ # TELÉFONO _____

FIRMA DEL PADRE / MADRE / GUARDIÁN: _____ Fecha: _____

PERSONA DE CONTACTO ALTERNATIVA EN CASO DE EMERGENCIA SI NO SE PUEDE LOCALIZAR AL PADRE / MADRE / GUARDIÁN:

NOTAS ESPECIALES:
