



DEPARTAMENTO DE EDUCACION DEL ESTADO DE ALABAMA



REGISTRO DE EVALUACION DE SALUD

Ano Escolar: _____ - _____

Para el Padre o Tutor:

El propósito de este formulario es para proporcionar a la enfermera de la escuela información adicional acerca de las necesidades de salud de su hijo(a). Es posible que la enfermera lo contacte para obtener más información. La información solicitada es esencial para que la enfermera de la escuela pueda satisfacer las necesidades de salud de su hijo(a).

Esta información se mantendrá estrictamente confidencial.

Por favor complete ambos lados de este formulario (Entregue a la Enfermera de la Escuela)

Form fields: Nombre del Estudiante (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre), Fecha de Nacimiento, Sexo, Escuela

Dirección (Calle)

Form fields: Número de Teléfono de la Casa, Numero del Celular, Número de Teléfono Adicional, Grado, Maestro(a)/Salón de Clase

Form fields: Nombre del Padre/Tutor (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre), Número de Teléfono del Trabajo

Transportación

- Form fields: Pasajero de Autobús/Número de Autobús, Pasajero de Carro, Autobús de Necesidades Especiales, Programa después de Clases

Parte I – Información de Salud

Form fields: Lugar donde su hijo(a) recibe atención medica, Información del Seguro Médico de su hijo(a), Lugar donde su hijo(a) recibe cuidado dental

Hospital Preferido:

Parte II – Historial Médico/Equipo Médico /Procedimientos Requeridos en la Escuela

Form fields: Catéter, Tubo Gástrico, Tratamiento de Nebulizador, Suplemento de Oxígeno, Traqueotomía, Estimulador del Nervio Vago (VNS), Ventilador, Silla de Ruedas, Andador, Otro

Medicamentos y Procedimientos en la Escuela requieren de una Receta/Formulario de Autorización de Padres (uno por cada medicamento o procedimiento) por favor vea a la enfermera de la escuela.

Por favor complete la parte de atrás (Firma Requerida)





DEPARTAMENTO DE EDUCACION DEL ESTADO DE ALABAMA



REGISTRO DE EVALUACION DE SALUD

Ano Escolar: _____ - _____

Please Complete Back of Form (Signature Required)





DEPARTAMENTO DE EDUCACION DEL ESTADO DE ALABAMA



REGISTRO DE EVALUACION DE SALUD

Ano Escolar: _____ - _____

Part III – Historial Medico

Form with multiple rows for medical history, including sections for known health problems, ADD/ADHD, allergies, asthma, blood disorders, diabetes, emotional/psychological issues, and various other conditions.

Firmas Requeridas

Signature lines for 'Firma del Padre(s)/Tutor:' and 'Firma de la Enfermera de la Escuela:' with corresponding date fields.



DEPARTAMENTO DE EDUCACION DEL ESTADO DE ALABAMA

REGISTRO DE EVALUACION DE SALUD



Ano Escolar: _____ - _____