

**International Charter School**  
**Hoja de Información de Salud**  
**2010**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Sección de clase \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR:**

Pediatra/Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
¿Su hijo cuenta con un dentista? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Nombre del dentista: \_\_\_\_\_ Teléfono del dentista: \_\_\_\_\_  
**Fecha de la última evaluación dental** \_\_\_\_\_

**ALERGIAS:**

Su hijo es alérgico a lo siguiente: (verifique)  
Alimentos: \_\_\_\_\_ Medicamentos: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_  
Enumere: \_\_\_\_\_  
Reacción: \_\_\_\_\_ Tratamiento: \_\_\_\_\_  
¿Intolerancia o restricción a algún alimento? Sí \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_  
Explique: \_\_\_\_\_  
\*Las restricciones de alimentos requieren una nota del médico.

**ENFERMEDADES/PREOCUPACIÓN DE SALUD:**

¿Su hijo tiene alguna enfermedad/preocupación de salud especial? Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
**Su hijo tiene:**  
Asma \_\_\_\_\_ ADHD/ADD \_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_ Trastorno convulsivo \_\_\_\_\_  
Otros: \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS:**

¿Su hijo toma algún medicamento? Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
Enumere: \_\_\_\_\_  
¿Su hijo requiere medicamentos en la escuela? Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_  
**Enumere:** \_\_\_\_\_  
**¿Requiere medicamentos en las excursiones de ICS? Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_**

**\*Si se requieren medicamentos en la escuela, complete un formulario de administración de medicamentos.**  
**\*Todos los medicamentos que se requieren en la escuela deben ser llevados por el padre/tutor/adulto responsable. Además, los medicamentos con receta médica requieren una orden médica.**

Mi hijo, \_\_\_\_\_ tiene permiso para tomar los siguientes medicamentos, de ser necesario. La enfermera de la escuela los administrará, o el director de la escuela se comunicará con los padres para también obtener su consentimiento verbal.

Tylenol para niños Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Advil para niños Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Firme a continuación para dar autorización a la enfermera para compartir esta información con el personal escolar adecuado. Esta información se compartirá sólo si se requiere. En caso de un accidente o emergencia, su firma y autorización le otorgará a la escuela permiso para tomar cualquier medida preventiva que el director/enfermera escolar considere necesaria.

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_