

GILMER ISD
Registro de Salud Estudiantil

Estudiante Nombre: _____ Date of birth: _____ Sex: M / F Grade: ____

Padre/tutor (alguien a quien llamar en caso de emergencia): _____

Relación: _____ Dirección : _____

Teléfono de casa: _____ Celular: _____

Si no puedo ser alcanzado puede ponerse en contacto con:

Nombre: _____ Teléfono#: _____ Relación _____

Nombre: _____ Teléfono #: _____ Relación: _____

Hospital preferido: _____ Médico: _____ Teléfono #: _____

En caso de accidente o enfermedad repentina al niño antes mencionadas y, en caso de que no puedo ser contactado por teléfono, por medio de la presente autorizo a un representante de Gilmer ISD para referirse a este niño para el tratamiento.

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> * Alergia a los medicamentos o alimentos | <input type="checkbox"/> Problemas digestivos | <input type="checkbox"/> Los trastornos psiquiátricos |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Cefaleas/Migrañas | <input type="checkbox"/> Escoliosis |
| <input type="checkbox"/> Conductuales | <input type="checkbox"/> Problemas de Visión/Audición | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> trastornos sanguíneos (p. ej. Hepatitis) | <input type="checkbox"/> Corazón / Otro | <input type="checkbox"/> Other |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Cardíaco Presión Sanguínea Alta | <input type="checkbox"/> Varicela |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas Renales | Fecha de enfermedad : _____ |

Los antecedentes de salud - Por favor compruebe cualquiera de las condiciones de salud que se aplican a su hijo:

Por favor, explique las casillas que fueron verificados anteriormente: _____

*** Enumere los medicamentos/Alergias alimentarias Alergias alimentarias y complete el formulario::**

Diario/medicamentos de rutina: _____

Ningún medicamento para ser tomado/administrada en la escuela deben ser llevados a la escuela por un padre/tutor y debe estar en el envase original (consulte con su enfermera campus para formularios de consentimiento adicional necesaria).

Las enfermedades graves, intervenciones quirúrgicas, hospitalización:

Discapacidades o minusvalías: _____

Firma del padre/madre/tutor

Fecha