

Escuelas del Condado de Knox
Perfil Médico del Estudiante

Esta información será utilizada por la enfermera de la escuela para cuidar a su hijo

Fecha: _____

Nombre de estudiante: _____
(Apellido) (1º nombre) (2º nombre)

Grado: _____ Maestro/a: _____

Requirió el estudiante atención médica/hospitalización al nacer o en cualquier otro tiempo? ____ Sí ____ No. Sí, por favor explique:

¿Requiere el estudiante un procedimiento médico diario por parte de una enfermera de la escuela? Sí por favor explique: _____

¿Toma el alumno medicamentos? ¿Cuáles? _____

¿Le parece a Usted que el estudiante tiene problemas de visión, audición, o el habla? ____ Sí ____ No. Sí, por favor explique:

El estudiante tiene historia de (Marque todas las que apliquen): A= Actualmente P= En el Pasado

- | A | P | A | P | A | P | A | P |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ADD/ADHD | | ADD/ADHD | | Síndrome de Down | | Shunts/hydrocephalus | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Amputaciones | | Enfermedad Celíaca | | Tube alimentación G/J | | Problemas de la piel | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asma/Enfermedad de las vías respiratorias | | Parálisis Cerebral | | Defectos Cardíacos | | Problemas estomacales | |
| _____ Requiere inhalador (envíelo a escuela) | | Enfermedad Crohn | | Hemofilia | | Problemas para tragar | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alergias: | | Fibrosis Quística | | Migrañas | | Traqueotomía | |
| _____ Picadoras de abejas | | Diabetes | | Distrofia Muscular | | Síndrome cerebral Traumático | |
| _____ Comida _____ | | | | Espina bífida | | Lesión de columna vertebral | |
| _____ Látex | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ Requiere Epi-pen (envíelo a la escuela) | | | | Problemas Ortopédicos | | Problemas urinarios | |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | Sensibilidad a la luz | | Otro: _____ | |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | Convulsiones | | | |

Si ha marcado alguno, por favor explique: _____

Es importante que los maestros y el director de la escuela tengan la información médica correcta para que sean capaces de manejar apropiadamente cualquier emergencia que se presente. Resuma cualquier condición médica especial: _____

¿Requiere su hijo alguna adaptación especial para su dieta? _____ Si la respuesta es afirmativa y Ud. quiere que su hijo coma en la escuela, por favor obtenga del doctor de su hijo un formulario de solicitud de dietas especiales.

Forma completada por: _____ Fecha: _____

Parentesco con el estudiante: _____