

ESCUELAS DEL CONDADO DE KNOX

Perfil Médico del Estudiante

Esta información será usada por la enfermera de la escuela para el mejor cuidado de su hijo

Fecha: _____

Nombre del Estudiante: _____

(Apellido)

(1er Nombre)

(2do Nombre)

Grado: _____ Maestro (a): _____

¿Requirió el estudiante atención médica/hospitalización al nacer o en cualquier otro momento?
___SI, ___NO. Si la respuesta es SI, por favor explique:

¿El estudiante requiere un procedimiento médico diario realizado por una enfermera de la escuela? Si es así, explique: _____

¿Toma el alumno medicamentos? ¿Cuáles? _____

El estudiante tiene un historias de: (Marque todas las que apliquen):

- ___ ADD/ADHD ___ Parálisis Cerebral ___ Sensibilidad a la luz
___ Amputaciones ___ Enfermedad de Crohn ___ Convulsiones
___ Asma/Enfermedad reactiva ___ Fibrosis Quística ___ Hidrocefalia
de las vías respiratorias ___ Diabetes ___ Problemas de la piel
___ Requiere Inhalador ___ Síndrome de Down ___ Problemas estomacales
___ Alergias: ___ Tubo de alimentación G/J. ___ Problemas para tragar
___ Picaduras de abejas ___ Defectos Cardíacos ___ Traqueotomía
___ Comida: _____ ___ Hemofilia ___ Síndrome cerebral Traumático
___ Latex ___ Migrañas ___ Lesión de la columna Vertebral
___ Requiere Epi-pen ___ Distrofia Muscular ___ Problemas Urinarios
___ Cáncer ___ Espina Bífida ___ Otro: _____
___ Enfermedad Celíaca ___ Problemas Ortopédicos

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 cualquier emergencia que se presente apropiadamente. Resuma cualquier condición médica especial: _____

¿El estudiante se lleva bien con otras personas?
___SI. ___NO. Si su respuesta es NO, explique: _____

Nombre del Médico familiar: _____ Teléfono _____

Forma completada por: _____ Fecha _____

Parentesco con el estudiante: _____