

Perrydale Distrito de la escuela #21

Información médica del estudiante

Estudiante Name _____ Grade _____

Sexo: M o F Nacimiento Date _____

Los doctores Name_Phone _____

Hospital _____ preferido

Mi niño que el hace el no tiene seguro médico, seguro de la visión, seguro dental.

Hace a su niño tienen cualquier alergia: ¿Food____, Medicine____, Bees____, Pollen____, Dust____? Por favor
allergies _____ del

específico de la lista

Mi niño toma la medicación de la prescripción en **casero**. Y N medicación por favor conocida
tomada _____

Mi niño toma la medicación de la prescripción en **escuela** Y N taken _____ por favor conocido de la
medicación

Mi niño usa: cristales del ojo del lentes de contacto audífonos del otro _____

**Compruebe cualquier condición/enfermedad que tenga el potencial de presentar una
emergencia peligrosa para la vida o cualquier condición que tenga en el pasado presentada una
emergencia peligrosa para la vida**

__ Requireres en la escuela epi-pluma de los	__ Diabetes
__ Reacción de la picadura de la abeja/del insecto del severe	__ Asma
__ Alergia del alimento del Severe	__ Gastrostomy
__ Condición del heart	__ Cancer
__ Colostomy/Ileostomy	__ Desorden del seizure
__ inhabilidad /debilitación physical	__ Tracheotomy
__ Hemophilia	__ Problemas de emothional/behavioral
__ Catheritization de los requires	__ Inhaler/Nebulizer en la escuela
__ Dialysis	

**Si se comprueban antedichos uces de los, el estudiante puede necesitar tener un protocolo
médico en lugar antes de escuela que entra**

Compruebe cualquiera del siguiente que su niño ahora tenga o haya tenido en el pasado.

Jaquecas ____	Lesiones del cuello ____
Úlceras ____	Lesiones dorsales ____
Gastritis ____	Músculo, empalmes
Intestino/problems toileting ____	o enfermedad del hueso ____
Disorder de la zona urinaria ____	Artritis ____
Desórdenes de la piel ____	Operaciones ____
Pox del pollo ____ del año del ____	

Explique por favor cualquier preocupación comprobada de la salud o enumere cualesquiera preocupaciones
adicionales de la salud que usted pueda tener sobre usted
child _____

¿Hay razón que su niño no deba poder participar en las actividades regulares de la escuela que
incluyen deportes, educación física, los disparos al campo, y otras actividades? Sí ____ ningún ____
Si es así explique por favor el _____

**Doy por este medio mi permiso para que mi niño reciba el tratamiento médico de la
emergencia, y la información sobre este documento puede estar disponible para enseñar y
personal de salud especialmente en caso de una emergencia**

Signature _____ Date _____