



Historia de Salud Johnson Creek

POR FAVOR LETRA IMPRENTA

Nombre del Niño: (Apellido) _____ (Nombre) _____ (IM) _____

Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____ Dirección: _____

Nombre del Padre/Guardián: _____ Número de Contacto: _____

Contacto de Emergencia/Relación: _____ Números de Contacto: _____

Doctor de Cuidado Primario: _____ Nombre del Centro Médico: _____

Dirección del Doctor/Centro Médico: _____

Teléfono: _____ FAX : _____

Dentista: _____ Ciudad : _____

Teléfono del Dentista: _____ Fecha del último examen dental: _____

EVALUACIÓN FÍSICA

	WNL	ABN		WNL	ABN
Apariencia General			Dientes		
Piel			Pulmones		
Ojos			Corazón		
Oídos			Examen Abdominal		
Nariz, boca, garganta			Examen GU/GYNO		
Ganglios Linfáticos			Musculoesquelético		
Tiroide			Paso/Postura		

LABORATORIO

Altura: _____ Peso: _____ Presión Sanguínea: _____

Visión: Ambos: 20/ _____ Derecho: 20/ _____ Izquierdo: 20/ _____

Audición: Oído Derecho: _____@1000 _____@2000 _____@4000

Oído Izquierdo: _____@1000 _____@2000 _____@4000





Alergias: _____ necesidad de un EPI Pen: NO SI

(Las alergias con un EPI recetado necesitarán un PLAN DE ACCIÓN DE ALERGIA SEVERA firmado que se encuentra en la página web del distrito)

Condición médica(s) de importancia según lo observado por el examinador de salud: _____

____ Asma ____ ADD/HD ____ Diabetes ____ Convulsiones/Epilepsia(última convulsión ____) ____ Migrañas

Describa cualquier preocupación física, conductual, de desarrollo o emocional: _____

Describa cualquier limitación/restricción en las actividades: _____

¿Están las vacunaciones al día? NO SI

Vacunaciones recibidas: _____

¿Está su niño tomando alguna medicación? NO SI - Nombre de la medicación/Dosis: _____

Razón por la que toma la medicación: _____

Necesitará este niño que se le administre este medicamento durante el día escolar : ____ NO ____ SI - si es así, **POR FAVOR COMPLETE EL FORMULARIO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS UBICADO EN LA PÁGINA WEB DEL DISTRITO Y REGRESARLO A LA OFICINA DE SERVICIOS DE SALUD CON LAS FIRMAS APROPIADAS. LAS MEDICINAS NO SERÁN ADMINISTRADAS EN LA ESCUELA SIN LOS FORMULARIOS APROPIADOS FIRMADOS EN ARCHIVO.**

Nombre del Examinador de Cuidado Médico: _____

Firma del Examinador de Cuidado Médico: _____ Fecha: _____

Si su niño tiene una historia médica significativa, la oficina de servicios de salud podría solicitar que un formulario de **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN firmado** sea mantenido en archivo para promover la comunicación entre la escuela y la enfermera y los proveedores de salud de su niño cuando se necesite. Este formulario puede ser encontrado en la escuela y la oficina de servicios de salud.

Personal de la escuela con quien su niño interactúa, tendrá acceso a la información de salud pertinente a su niño, solo cuando sea necesario por razones de seguridad.

Le doy permiso a mi niño a participar en los programas de detección de la vista y la audición.

Firma del Padre/Guardián : _____ Fecha: _____