

Medicaid # \_\_\_\_\_

## Escuela del Distrito 7 de Spartanburg – Formato de Salud del Estudiante 4K 2022-2023

Estudiante: \_\_\_\_\_ Nombre Preferido: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_

Hombre  Mujer Grado: \_\_\_\_\_ Profesor: \_\_\_\_\_ Lenguaje Primario: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Padre/Guardián	Teléfono Casa/Celular	Teléfono Trabajo	Vive Con
			Si No
			Si No

*Lista de 3 contactos que puedan recoger al estudiante en caso de emergencia, cuando los padres no están disponibles.*

Contacto de Emergencia	Teléfono Casa/Celular	Teléfono Trabajo	Relación
1.			
2.			
3.			

### Historia Médica:

Por favor indique con una "X" si su hijo ha sido diagnosticado por un médico con uno de lo siguiente:

ADD/ADHD \_\_\_\_\_ Condición Cardíaca \_\_\_\_\_ Discapacidad Física \_\_\_\_\_ Problemas de Visión \_\_\_\_\_

Desorden de la Sangre \_\_\_\_\_ Fibrosis Cística \_\_\_\_\_ Condición Psiquiátrica \_\_\_\_\_

Problemas de Intestinos/Vejiga \_\_\_\_\_ Problemas de Oído \_\_\_\_\_ Enfermedad de Células falciformes \_\_\_\_\_

Cáncer \_\_\_\_\_ Problema del Riñón \_\_\_\_\_ Problema del Habla \_\_\_\_\_

Asma: ¿Tiene su estudiante un inhalador recetado? (Si o No)? \_\_\_\_\_

Diabetes: ¿Su estudiante recibirá insulina en la escuela a través de Pen o Pump? (Si o No)? \_\_\_\_\_

Epilepsia/Ataques: ¿Su estudiante ha sido recetado Diastat (Si o No)? \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Por favor haga un listado de todas las alergias del estudiante: \_\_\_\_\_

¿Su estudiante tiene una receta médica para usar EpiPen? (Si o No)? \_\_\_\_\_

### Información de su médico

Médico Primario	Práctica	Teléfono
Dentista	Práctica	Teléfono
Especialista	Práctica	Teléfono

### Medicación Actual

Medicación	Propósito	Necesita Administrarse en la Escuela <i>Por favor indique con una "X"</i>

Medicaid # \_\_\_\_\_

**\*\*\* continuación de la primera página \*\*\***

Telehealth (aplicable para Carver, Mary H. Wright, Cleveland): Por favor complete todas las formas requeridas para que su estudiante pueda ser evaluado por los servicios de telehealth.

Acepto que mi estudiante participe en los exámenes recomendados por SCDHE. \_\_\_\_\_  
Iniciales

Doy permiso al Distrito Siete de Spartanburg para compartir la información anterior con la administración y el personal autorizado. Las personas autorizadas pueden comunicarse con el médico de mi hijo para compartir, asimismo obtener información adicional según sea necesario.

En caso de accidente o enfermedad grave solicito que la escuela se comunique conmigo. Si la escuela no puede comunicarse conmigo, por la presente autorizo a la escuela a transportar a mi hijo en ambulancia al hospital. Entiendo que soy responsable de cualquier gasto incurrido.

*Su firma en la parte de abajo certifica que usted ha leído y entiende el contenido de este formato.*

Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_