**ANNUAL HEALTH HISTORY – Fond du Lac School District**

La información de salud se compartirá con el personal de la escuela según sea necesario para la seguridad de su hijo.

Apellido Primer nombre Fecha de Nacimiento Escuela Grado

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre de doctor *# del doctor Nombre de Dentista # de Dentista*

1. ¿Su hijo toma medicamentos diariamente? Si se van a administrar medicamentos en la escuela, complete un Formulario de Autorización de medicamentos (incluidos los inhaladores y los medicamentos de venta libre). Los formularios completos deben enviarse a la oficina de la escuela. Todos los medicamentos deben ser proporcionados desde el hogar en el envase original, etiquetados y deben ser transportados a la escuela por el padre/representante legal. 

 EN CASA Por favor enumere los medicamentos y la razón para tomarlos a continuación:

 EN ESCUELA Por favor enumere los medicamentos y la razón para tomarlos a continuación:

2. ¿Su hijo requiere procedimientos especiales de atención médica en la escuela? (Ejemplos: ir al baño, pruebas de azúcar en la sangre, cateterismo, alimentación por tubo, etc.)

3. **Si el médico de su hijo le ha diagnosticado** alguna de las condiciones que se indican a continuación, marque las casillas correspondientes y complete la información adicional:

 ADD/ADHD Orejas o preocupaciones de oír 

Medicamentos: audífono: Oreja derecha Oreja izquierda 

---------------------------------------------------------------------------------- ----------------------------------------------------------------------------------

 Alergias (DEBE dar las síntomas) Ojos o preocupaciones de vista 

Animales: Lentes Lentes de contacto

Alimentos: -----------------------------------------------------------------------------------

Abejas/Insectos: Preocupaciones de alimentación: 

Látex/Otras alergias: Específico/Explica:

Fecha de la última reacción: ----------------------------------------------------------------------------------

Tipos de sintomas: Condiciones del corazón:

-------------------------------------------------------------------------------- Específico/Explica

 Asma ----------------------------------------------------------------------------------

Provocado con: Migraña o fuertes dolores de cabeza

Tratamento: Específico/Explica:

-------------------------------------------------------------------------------- ---------------------------------------------------------------------------------

 Enfermedad de sangrar: Convulsiones

 Específico/Explica: Frecuencia:

------------------------------------------------------------------------------- Tratamiento:

 Comportamiento/Salud Mental ---------------------------------------------------------------------------------

 ansiedad Depresión Otra enfermedad Específico/Explica:

Otra enfermedad/Explica:

-------------------------------------------------------------------------------- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Diabetes Por favor nota y incluye enfermedades que no son 

Medicamentos: problema (ex; ya no sufre de alergia al maní/\nuez):

Tratamentos:

**He Leído la información anterior y mi hijo NO tiene ninguna de estas necesidades o condiciones.**

*Firma de padre/representante legal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* Route to School Nurse