Perrydale Districto 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

__Requires en la escuela epi-pluma de los
__Reacción de la picadura de la abeja/del insecto del severe
__Alergia del alimento del Severe
__Condición del heart
__Colostomy/Ileostomy
__inhabilidad /debilitación physical
__Hemophilia
__Catheritization de los requires
__Dialysis
__Diabetes
__ Asma
__Gastrostomy
__Cancer
__Desorden del seizure
__Tracheotomy
__Problemas de emothional/behavioral
__Inhaler/Nebulizer en la escuela

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

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_____