

SAN DIEGUITO UNION HIGH SCHOOL DISTRICT

Formulario de Información de Salud del Estudiante

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
Escuela: _____ Grado: _____ Identificación Estudiantil: _____

SIN PREOCUPACIONES DE SALUD EN ESTE MOMENTO

Indique si su estudiante padece alguna de las siguientes condiciones de salud.

- Alergias: Comida, Fibrosis Cística, Trastorno Renal, Alergias: Picadura de Insecto/Picadura, Diabetes, Migrañas, Alergias: Otro, Epilepsia/Convulsiones, Trastorno Convulsivo, Asma, Condición de Audición, Problemas de Visión, Desorden de Sangre, Condición Cardíaca

Si usted marco una de las casillas de arriba, o su estudiante tiene condiciones médicas que no están en la lista, por favor explique (incluyendo alimentos específicos, medicamentos u otras alergias, y reacciones graves): _____

Estoy de acuerdo en proporcionar los medicamentos que se indican a continuación en los envases originales de las recetas con el nombre del estudiante en la etiqueta, el medico que los receto, el nombre del medicamento y la dosis necesaria. Si se necesita información adicional de parte del médico que receto el medicamento, se pueden comunicar conmigo para proporcionarles documentación adicional. Código de Educación § 49480. Entiendo que se debe proporcionar autorización anualmente a la oficina de enfermería escolar si los medicamentos van a necesitar ser suministrados continuamente.

Por favor indique todos los medicamentos que su estudiante está tomando actualmente y agregue el Formulario de Autorización de Medicamentos si su estudiante los va a tomar durante el horario de la escuela:

Nombre del Medicamento _____ Dosis _____ Diagnostico _____
Nombre del Medicamento _____ Dosis _____ Diagnostico _____
Nombre del Medicamento _____ Dosis _____ Diagnostico _____

Doy mi consentimiento, para que en caso de emergencia, la enfermera de la escuela, o el personal capacitado proporcionen tratamiento necesario. Doy autorización que se comparta la información médica con el personal apropiado. No hare responsable a San Dieguito Union High School District de ningún gasto financiero de servicios de emergencia o transportación para mi estudiante.

De acuerdo con el Código de California §49407, YO LIBERO DE ALGUN CARGO y SOSTENGO INOFENSIVO a l San Dieguito Union High School District, su Mesa Directiva de Fideicomisarios, oficiales, empleados y agentes, de toda responsabilidad, incluyendo lesiones, muerte, reacciones adversas u otros daños que puedan surgir de la autoadministración o la asistencia con la administración de medicamentos de acuerdo a la autorización y las instrucciones del padre/tutor y medico quienes han firmado y se describen en este documento.

Firma del Padre / Tutor / Estudiante Elegible _____ Fecha _____