



WILSON
PRIMARY SCHOOL

Primary School Historia Clínica y Forma de Tratamiento 2021-2022

ESTUDIANTE: _____ GRADO: _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
 PADRE / TUTOR _____ TELÉFONO CELULAR _____
 TELÉFONO DEL TRABAJO _____

A. Mi hijo tiene un alimento / insecto / medicamento ALERGIA: () NO () SI

Alergia a: _____

B. Tenga en cuenta cualquier problema de salud, discapacidad física, dificultad emocional, problema de comportamiento:

C. ¿Alguna vez su niño ha sido hospitalizado por una condición médica? () NO () SI

¿Cuál fue el diagnóstico? _____

D. Las vacunaciones / vacunas de mi hijo están actualizadas y actualizadas: SI () NO ()

E. Mi hijo tiene los siguientes problemas o quejas comunes:

<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Piel sensible	<input type="checkbox"/> Eczema / Piel Seca	<input type="checkbox"/> Hemorragias nasales
<input type="checkbox"/> Dolores en los oídos	<input type="checkbox"/> Sinus	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea
<input type="checkbox"/> Mareos / Desmayos	<input type="checkbox"/> Frecuentes resfriados	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Depresión / ansiedad
<input type="checkbox"/> Amigdalitis / Garganta	<input type="checkbox"/> ADHD / ADD	<input type="checkbox"/> Audición / Visión	<input type="checkbox"/> Problemas del corazón
<input type="checkbox"/> alergias oculares	<input type="checkbox"/> Bronquitis	<input type="checkbox"/> Problemas urinarios	<input type="checkbox"/> Diabetes

F. Mi hijo usa lentes () Si () No **Lentes de contacto** () Si () No

G. Medicaciones: En caso de una enfermedad menor, **mi hijo puede recibir los siguientes medicamentos de la enfermera escolar o persona que el director(a) asigne: (Por favor marque)**

Si No Tylenol / Acetaminophen para el dolor / fiebre

Si No Motrin / Ibuprofeno para dolor severo / fiebre alta

Si No Ungüento antibiótico para raspaduras / cortes

Si No Bactina para limpiar rasguños / cortes / dolor

Si No Peróxido de hidrógeno para limpiar raspaduras / cortes

Si No Loción de calamina para mordeduras de insectos / picazón

Si No Lavaojos estériles

Si No gel de Campho-phynique para picaduras de insectos

Si No Benzocaína para el dolor de dientes

Si No Vicks Chest Rub para tos / dolores de cabeza

H. Mi hijo tiene una restricción dietética: () Sí () No Explique: _____

Por la presente, doy permiso a la enfermera o personal autorizado del Distrito Escolar de Wilson para que brinde el tratamiento necesario a mi hijo y para que se ponga en contacto conmigo en la información de contacto indicada arriba en el caso de una emergencia.

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____