



Wilson Primary School

Historia Clínica y Forma de Tratamiento

2020/2021

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:

- | | | | |
|---------------------------|--------------------------|------------------------|---------------------------|
| __ Asma | __ Piel sensible | __ Eczema / Piel Seca | __ Hemorragias nasales |
| __ Dolores en los oídos | __ Sinus | __ Convulsiones | __ Alta presión sanguínea |
| __ Mareos / Desmayos | __ Frecuentes resfriados | __ Dolores de cabeza | __ Depresión /ansiedad |
| __ Amigdalitis / Garganta | __ ADHD / ADD | __ Audición / Visión | __ Problemas del corazón |
| __ alergias oculares | __ Bronquitis | __ Problemas urinarios | __ 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: (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-phinique 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: _____