

Escuela Secundaria Rantoul Township  
Formulario de Alergia e Historial de Salud

9, 10, 11, 12      20 / 20

Estudiante Apellido, Primer Nombre \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_

**ALERGIAS SEVERAS**

**PICADURA DE ABEJA:** Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Reaccion \_\_\_\_\_ Tratamiento \_\_\_\_\_  
**CACAHUATE/ NUEZ:** Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Reacción \_\_\_\_\_ Tratamiento \_\_\_\_\_  
**COMIDA:** Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Reacción \_\_\_\_\_ Tratamiento \_\_\_\_\_  
**MEDICAMENTO:** Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Reacción \_\_\_\_\_ Tratamiento \_\_\_\_\_

**OTRAS ALERGIAS:** \_\_\_\_\_ Reaccion \_\_\_\_\_ Tratamiento \_\_\_\_\_

\* **La escuela no provee medicamento.** Si su estudiante tiene una severa alergia que requiera una Epi-Pen, favor de mandar la **Epi-pen para la escuela**. Si su estudiante requiere Benadryl, o una Epi-pen tras una reacción alérgica severa, una nota escrita por su doctor y un consentimiento por escrito de el padre/guardia es necesario para tenerlo en los expedientes. Favor recuerde de proveer a la escuela los medicamentos necesarios.

Debido a la ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud (HIPAA), nosotros requerimos que padres/guardianes informen a maestros, personal de la escuela, y personal de transporte de condiciones de salud que puedan afectar a su hijo/a durante el día escolar.

ALERGIAS (Alimentos, drogas, insectos, otro)	Sí	No	Anótelas todas:	MEDICINAS (Anote todas las recetas o tomadas con regularidad)	Sí	No	
¿Tiene diagnóstico de asthma?			Sí No	¿Tiene pérdida de funciones en uno de los órganos? (Ojos/Oídos/Riñones/Testiculos)			Sí No
¿Despierta el niño tosiendo en la noche?			Sí No	¿Ha sido hospitalizado?			Sí No
¿Tiene defectos de nacimiento?			Sí No	¿Cuándo? ¿Para qué?			Sí No
¿Tiene retrasos del desarrollo?			Sí No	¿Ha tenido alguna cirugía?(anótelas todas)			Sí No
¿Tiene problemas de la sangre? Hemofilia, Glóbulos Falciformes (Sickle Cell), Otro			Sí No	¿Cuándo? ¿Para qué?			Sí No
¿Tiene diabetes?			Sí No	¿Ha tenido heridas graves o enfermedades?			Sí No
¿Tiene heridas en la cabeza/golpe/desmayo?			Sí No	¿Prueba positiva de TB (Pasado o Presente)?			Sí No *Si contestó sí, refiera al departamento de salud local
¿Tiene convulsiones? Cómo se manifiestan?			Sí No	¿Enfermedad de TB (Pasado o Presente)?			Sí No
¿Tiene problemas cardiacos/No respira bien?			Sí No	¿Usa tabaco (tipo, frecuencia)?			Sí No
¿Tiene soplo en el corazón/presión arterial alta?			Sí No	¿Toma alcohol/drogas?			Sí No
¿Tiene mareos o dolor de pecho al hacer ejercicios?			Sí No	¿Historial de familiares de muerte repentina antes de los 50 años? ¿Causa?			Sí No
¿Problemas con los ojos/visión? _____ Lentes <input type="checkbox"/> Lentes de Contacto <input type="checkbox"/> Último examen _____				Dental <input type="checkbox"/> Ganchos <input type="checkbox"/> Puente <input type="checkbox"/> Placas Otro _____			
¿Otras Preocupaciones? (bizo, párpados caídos, parpadear, dificultad cuando lee)				La información en este formulario se puede compartir con el personal apropiado para propósitos de salud y educación.			
¿Tiene problemas de los oídos/no oye bien?			Sí No	Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____			
¿Tiene problemas de los huesos/articulaciones/heridas/escoliosis?			Sí No				

Otros problemas de salud: \_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_ Mi hijo/a no tiene condiciones médicas, alergias o necesidades especiales en este momento. Yo le informare a la escuela si alguna cosa ocurriera que necesite consideración especial.**

\*Esta información se mantendrá confidencial a menos que surja una emergencia, o que la enfermera determine que el equipo de la escuela, personal de transporte, o el proveedor de atención primaria tenga la necesidad de saber por un consentimiento médico específico relacionado con su hijo/a. Yo doy consentimiento para compartir esta información con el equipo de la escuela, personal de transporte, y con el proveedor de atención primaria si alguna emergencia ocurre o la enfermera determina que necesita saber para asegurar la salud, la seguridad, y el bienestar de su hijo/a. Yo entiendo que es la responsabilidad de mis (padres/guardianes) de informar a mi maestro(s), personal de la escuela, y personal de transporte de las condiciones de mi hijo/a.

Firma de Padre/Guardian \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_