

DISTRITO ESCOLAR DE THOMPSON R2-J
SERVICIOS DE SALUD

ACTUALIZACIÓN DEL CUESTIONARIO DE LA ESCUELA SOBRE LA SALUD

Nombre del estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____ Grado _____

Escuela _____ Nombre de la persona que está llenando este cuestionario _____

Relación con el estudiante _____ Nombre del Médico/Clínica _____

Estatus del Seguro: (Marque uno) Actualmente Asegurado Medicaid No tiene Seguro Si no tiene seguro o si tiene un deducible alto, ¿Quiere obtener información sobre los recursos médicos de la comunidad?

(Marque uno) Sí No

1. ¿Tiene su hijo(a) alguna enfermedad? No____ Sí____

(Si es así, por favor escribir el nombre de la enfermedad y del médico que atiende a su hijo(a))

¿Necesitará su hijo(a) adaptaciones en la escuela debido a esta enfermedad? No____ Sí____

(Si es así, por favor escribir las adaptaciones que su hijo(a) necesitará)

2. ¿Toma su hijo(a) algún medicamento con regularidad? No____ Sí____

(Si es así, por favor escribir el nombre del medicamento(s) y la dosis)

3. ¿Es necesario darle a su hijo(a) este medicamento en la escuela? No____ Sí____

(Si es así, por favor pida un formulario de "Permiso para Tomar Medicamentos en la Escuela."

Por favor, tenga en cuenta que ese formulario tiene que tener la orden del médico, incluyendo la firma de el/ella)

Yo doy permiso para que se comparta la información mencionada anteriormente con los adultos que estarán trabajando con mi hijo(a) en la escuela.

Fecha: _____

Firma del Padre/Madre/Tutor: _____