



## Hoja de información clínica de Blue Springs School District

### Información del alumno:

Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_ Año escolar: \_\_\_\_\_

Padre/tutor: madre: \_\_\_\_\_ Padre: \_\_\_\_\_

Madre de paso: \_\_\_\_\_ Padraastro: \_\_\_\_\_

Guardian / otros: \_\_\_\_\_

### Información de salud:

Lista de las condiciones de salud y emocional que se han **diagnosticado médicamente**, y si afectarán a su hijo durante la jornada escolar: \_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene alguna alergia conocida?  SÍ  NO

En caso afirmativo, indique alergia:

\_\_\_\_\_

¿Ha su proveedor de atención de salud informo que la alergia de su hijo es vida amenazando?  SÍ  NO

¿Proporcionará medicamentos de emergencia para su hijo en la escuela en caso de una exposición de alergia?  
 SÍ  NO

### Información del seguro:

¿Se cubre su hijo?  Seguro privado  Medicaid/Missouri salud Net  Ninguno

¿Su hijo ha tenido examen de un médico en los últimos 2 años?  YES  NO Médico: \_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene seguro dental?  SÍ  NO

¿Su hijo ha tenido un examen dental en los últimos 12 meses?  SÍ  NO Dentista: \_\_\_\_\_

### Medicamentos:

**Todos los medicamentos de prescripción deben ser entregados al personal de clínica de salud escolar por un padre, tutor legal, o designados a adulto.**

**Todos los medicamentos de venta libre que se mantienen en la clínica de la escuela requieren una orden médica.**

**Estudiantes de secundaria (grados 6-12) pueden ser administrar medicamentos de venta libre, siempre que el estudiante lleva una corriente de autorización de los padres/tutor legal que da permiso para la medicación específica ser alimentada por escrito y el estudiante lleva a cabo no más que la oferta de un día concreto de la sobre la medicación de contador en su poder en el contenedor original.**

*\* Tenga en cuenta que si no se siguen estas directrices, el estudiante puede enfrentar medidas disciplinarias. Para obtener más información, consulte distrito política # 5,97.*

**EN CASO DE EXTREMA EMERGENCIA, SU HIJO SERÁ TRANSPORTADO A LA SALA DE EMERGENCIAS MÁS CERCANA.**

**Es responsabilidad de los padres/tutores para actualizar la información de salud sobre una base anual, o cuando sea necesario. Firma de padre indica que la información es completa y exacta.**

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Gracias  
Servicios de salud