ANTIETAM SCHOOL DISTRICT HEALTH INFORMATION- 2025/2026

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Apellido Nombre

Dirección: _____

Grado _____ Profesor del aula _____ Hombre ___ Mujer ___

RESIDE CON: AMBOS PADRES PADRE MADRE TUTOR

Padre/tutor

Marcar el número al que hay que llamar primero

Madre/tutor:

Nombre _____

Nombre _____

E-MAIL _____

E-MAIL _____

HOME # _____ Llame Primero

HOME # _____ Llame Primero

WORK# _____ Llame Primero

WORK # _____ Llame Primero

CELL # _____ Llame Primero

CELL # _____ Llame Primero

2 Contactos LOCALES que asuman cuido TEMPORAL si no se puede contactar con el padre/Guardian:

Nombre

Relacion

Numeros de telefono

1. _____ / _____ # _____

2. _____ / _____ # _____

Medico Nombre _____ # Telefono _____

Dentista Nombre _____ # Telefono _____

¿Hay algún problema de salud que deba conocer la enfermera del colegio?

MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA	SI	NO		SI	NO
Artritis/enfermedad reumática			Trastornos de la alimentación		
Asma			Problemas emocionales		
Requiere inhalador en la escuela (*necesita una orden del médico)	*		Antecedentes familiares de muerte súbita		
Trastorno por déficit de atención/hiperactividad			Pérdida de audición		
¿Toma medicación para el TDAH?			Historia de los desmayos		
Trastorno hemorrágico			Problemas ortopédicos		
Cáncer			Seizure Disorder		
Condición Cardiovascular			Enfermedad de células falciformes		
Parálisis cerebral			Espina bífida		
Fibrosis quística			Síndrome de Tourette		
Diabetes - Tipo I / Tipo II			Problemas de visión		
Trastornos digestivos (SII/GERD/CROHN)			MI HIJO(A) LLENA: (marque con un círculo si/no) Gafas- SI NO		
			Lentes de contacto- SI NO		
			Audifonos- SÍ NO		

POR FAVOR, RELLENE LA SIGUIENTE SECCIÓN RELATIVA A LOS MEDICAMENTOS QUE RECIBE SU HIJO

Diariamente o según sea necesario, incluyendo los medicamentos que se toman en casa. Si se requiere en la escuela, debe tener la orden de medicación del médico.

Nombre del medicamento

Hora

Razón de uso

1.) _____ / _____ / _____

2.) _____ / _____ / _____

*****POR FAVOR, COMPLETE AMBOS LADOS**

Indique los hermanos o cualquier otro estudiante del distrito que viva en la misma casa:

Nombre & Grado

Nombre & Grado

Nombre & Grado

Nombre & Grado

Doy permiso a la enfermera para que evalúe y trate a mi hijo como corresponde, lo que puede incluir la administración de los siguientes medicamentos según sea necesario: Acetaminofén, Ibuprofeno, pastillas para la garganta, spray para la garganta, antiácido o antihistamínico. Pepto, oragel.

**En el caso de reacciones alérgicas potencialmente mortales, se administrará adrenalina inyectable (Epi-Pen).

(Por favor, marque con una línea cualquier medicamento individual que no desee dar permiso para administrar)

*El ibuprofeno está limitado a 2 dosis semanales sin permiso específico del médico.

DOY PERMISO: SÍ NO

Su hijo es alérgico a: ¿Picaduras de abeja? Sí/ NO ¿Medicamentos? Sí/ NO ¿Al látex? Sí/ NO

Si la respuesta es afirmativa, describa la reacción y el tratamiento: _____

¿Su hijo es alérgico a: ¿GALLETAS? Sí/ NO

¿NUECES DE ÁRBOL? Sí/ NO

¿Su hijo es alérgico a algún otro alimento/sustancia? Sí/ NO

Si la respuesta es afirmativa, indique el alimento, la reacción y el tratamiento habitual: _____

¿NECESITA SU HIJO UN EPI-PEN EN LA ESCUELA? SÍ / NO

***Si su hijo necesita un Epi-pen en la escuela, para el tratamiento de una alergia conocida, es responsabilidad de los padres/tutores proporcionar a la enfermera de la escuela el Epi-pen y las órdenes del médico para su uso.**

Sólo para alergias alimentarias:

¿Su hijo va a comer los alimentos que se sirven en la cafetería? Sí/ NO

¿Su hijo es capaz de autocontrolarse para evitar la exposición a su alérgeno alimentario? Sí/ NO

*Las alergias alimentarias que se autocontrolan no se registrarán en el sistema POS (punto de venta) de la cafetería.

***Todos los grados de Kindergarten/1, 3, 6, 7, 11 - ¡Deben completarlo!**

El estado de Pensilvania ordena que todos los estudiantes que ingresan a la escuela en Kindergarten /primer grado, 6 grado y 11 grado, verifiquen tener un examen físico y que todos los estudiantes que ingresan a la escuela en Kindergarten /primer grado, 3 grado y 7 grado verifiquen tener un examen dental.

Se recomienda que su dentista/médico de cabecera realice este examen, ya que puede ayudarle en cualquier tratamiento o corrección que pueda ser necesaria. Además, su hijo puede sentirse más cómodo en ese entorno. Se acepta un examen realizado en cualquier momento después del 1 de julio de 2024. El formulario dental/físico privado está disponible en el sitio web de la escuela o en la oficina de la enfermera. Por favor, devuelva el formulario dental/físico privado completado antes del 30 de septiembre de 2025. Si usted prefiere que su hijo sea examinado por el dentista/físico de la escuela, se le hará un examen dental o físico básico durante este año escolar.

Prefiero que el dentista/médico de mi familia haga el examen y devolveré el formulario completado antes del 30 de septiembre de 2025. Entiendo que si el formulario no es recibido por la enfermera de la escuela, mi hijo/hija será programado para un examen dental/físico en la escuela.

En el caso de una emergencia, cuando los padres y/o contactos de emergencia no puedan ser localizados, doy permiso a las autoridades escolares para que usen su juicio en la obtención del cuidado necesario para este estudiante. Entiendo que cualquier costo incurrido será responsabilidad del padre/tutor.

He revisado/completado ambos lados de este formulario y estoy de acuerdo en actualizar a la enfermera de la escuela con cualquier cambio.

Signature of Parent/Guardian _____ Date _____