



CAP CANA HERITAGE SCHOOL

FORMULARIO DE INFORMACIÓN PARA LA ENFERMERIA (2017-2018)

Este formulario debe de ser completado por los padres o tutores.

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____

Nombre del Padre/Madre/Tutor: _____ Celular: _____ Teléfono: _____

Grupo Sanguíneo y factor: _____ Fecha: _____

Mi hijo tiene el seguro médico: SI () No () Aseguradora: _____ Póliza No: _____

Nombre del médico de cabecera/ Pediatra: _____ Teléfono: _____

Por favor, marque alguna de las siguientes condiciones que en la actualidad afecten a su hijo/a:

Condiciones de salud: Problemas de:

- Visión
- Audición
- Trastornos emocionales
- Trastornos Menstruales recurrentes
- Asma ___ Severa ___ Leve

Enfermedades crónicas:

- Diabetes
- Renales
- Epilepsia
- Cáncer
- Problemas Cardíacos
- Convulsiones Febriles
- Otros _____

Consentimiento para administrar los siguientes medicamentos a su hijo/a:

- | | | | |
|--|---------------|--|---------------|
| <input type="checkbox"/> Anti-Inflamatorios | Si () No () | <input type="checkbox"/> Antihistamínico | Si () No () |
| <input type="checkbox"/> Inhalador para Asma | Si () No () | <input type="checkbox"/> Antiácido | Si () No () |
| <input type="checkbox"/> Aspirina | Si () No () | <input type="checkbox"/> Petobismol | Si () No () |
| <input type="checkbox"/> Acetaminofén | Si () No () | | |

Especifique si su hijo/a padece algún tipo de alergia:

Colegio

- Medicamentosa

- Ambiental

- Alimenticia

Toma su hijo/a medicamento diariamente en: Casa

- Nombre del medicamento:

- Razón por la cual lo toma :

Comentarios: _____

En caso de emergencia notificar a:

1- Nombre Completo: _____

Teléfono: _____ Relación con el alumno/a: _____

2- Nombre Completo: _____

Teléfono: _____ Relación con el alumno/a: _____

Personas autorizadas a recoger a su hijo/a en caso de emergencia:

Nombre Completo: _____

Teléfono: _____ Cédula/Pasaporte: _____

Nombre Completo: _____

Teléfono: _____ Cédula/Pasaporte: _____

Nombre Completo: _____

Teléfono: _____ Cédula/Pasaporte: _____

Yo, _____ autorizo a CCHS a brindarle atención médica a mi hijo/a en la clínica más cercana en caso de emergencia.

Certifico que la información ofrecida en estos formularios es correcta y actualizada a la fecha en que se firman estos documentos. Acepto que debo actualizar la información médica con regularidad o cuando sea solicitado por el colegio. Entiendo que es mi obligación informar al colegio si mi hijo/a tiene una enfermedad o hay un cambio en su condición de salud. También reconozco que Cap Cana Heritage School hará todo lo posible por asegurar el bienestar de mi hijo/a.

- Los estudiantes que requieren medicación en la escuela DEBEN traer por escrito una orden/receta de su médico y un consentimiento de los padres por escrito. Por favor llame a la Oficina de Salud en el 809-695-5519 ext. 6031 para obtener el formulario de consentimiento.
- La Oficina de Salud en algunos casos debe compartir la información de problemas graves de salud de los estudiantes con los maestros y otros miembros del colegio.

Nota: El formulario de salud debe ser firmado por ambos padres y / o tutores, si hay más de uno.

Padre/Tutor

Madre/Tutor

Nombre: _____

Nombre: _____

Firma: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Fecha: _____