

## FORMULARIO DE SALUD DEL DISTRITO ESCOLAR DEL AREA DE SPARTA

Apellido del Estudiante	Primer Nombre	Segundo Nombre	Genero <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Grado
<b>SI No Marque lo que aplique a su estudiante</b>				
		Asma (marque uno): Leve Moderado Severo Causa/reaccion		
		**Inhalador en la escuela (marque uno): En la oficina de la escuela Con el estudiante		
		**Epi-Pen (marque uno): En la oficina de la escuela Con el estudiante		
		*Alergia a comidas : Causa/Reaccion:		
		Otras alergias - Causa/Reaccion		
		Reaccion severa a picadura de insectos - Causa/Reaccion:		
		Diabetis (describa):		
		Seizures (describa)		
		Problemas Emocionales (describa): ADD/ADHD		
		Perdida de vision (que no se corrija con lentes):		
		Perdida de audición (describa):		
		Migrañas/dolores de cabeza (describa):		
		Condición cardiaca (describa):		
		*Condición digestiva o dieta especial(describa):		
		Limitaciones física (haga una lista):		
		El estudiante esta tomando medicina y la escuela necesita conocer. Haga una lista de los medicamentos:		
Haga una lista de los medicamentos que el estudiante tomará en la la escuela (**vea nota abajo)				
Otras preocupaciones sobre medicinas:				
<b>Cuidado de Salud (nombre de doctor y donde trabaja)</b>				
Clínica:			Phone	
Hospital:			Phone	
Dentista:			Phone	
<b>Para su información</b>				
** <b>Receta Medica(entregada por padre/guardian):</b> Un formulario de "medicina en la escuela/procedimiento) debe ser llenado y firmado por el padre/guardian y el doctor.				
** <b>Medicina que se compra sin receta médica (enviada por padre/tutor):</b> Un formulario de "medicina en la escuela/procedimiento) debe ser firmado con fecha por el padre/tutor. No se necesita firma de doctor si la dosis y frecuencia se encuentra en la etiqueta.				
*La información médica del estudiante esta protegida por HIPPA acto de privacidad y/o Derechos de la Familia Educativa y Acto de Privacidad (FERPA) con proteccion adicional de estatutos de Wisconsin 118.25(2m)(a)(b) y 146.82-146.83				
*La Política del Distrito NO permite a los estudiantes cargar sus medicinas, con excepción de Albuterol y Epinephrine. Para preguntas por favor contacte a la enfermera del Distrito.				
*DPI requiere que tengamos una nota del doctor que verifique alergias/necesidad de dieta especial. Si su hijo(a) necesita sustituir algunos alimentos, necesitamos una nota del doctor en registros de la escuela para que pueda recibir la dieta especial.				

### Autorización de Padre/Tutor Legal

Entiendo que ésta información médica proporcionada va ha ser compartida con el personal que necesita conocer esta información para proteger la vida y seguridad de mi hijo. Yo firmo abajo y autorizo a los oficiales del Distrito de Sparta a contactar directamente a las personas nombradas y autorizo al doctor(es) nombrado a dar un tratamiento cuantas veces sea necesario en caso de emergencia, para mantener la salud de mi hijo nombrado en ésta forma. En caso de que doctores, otras persona nombradas o padres NO puedan ser contactados Yo autorizo a los oficiales de la escuela a tomar cualquier acción que consideren necesaria a su juicio, por la salud de mi niño. No responsabilizaré al Distrito por gastos relacionados a cuidado de emergencia y/o transporte del niño.

Nombre de padre/tutor legal (Escriba nombre) \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_