

DISTRITO ESCOLAR DE KUNA

HISTORIA MEDICA ELEMENTARIA

Kinder a 3er Grado

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

Vive con: _____ Madre Padre Tutor

Información proveída por: _____ Madre Padre Tutor

Fecha de Hoy _____ Grado _____ Genero Fem. Masc.

POR FAVOR MARQUE LOS SIGUIENTES PROBELAMS DE SALUD QUE APLIQUEN:

- ALERGIA:
- Picadura de insecto/abeja: Llamar al 911 en caso de picadura solo inflamación en el área
 - Medicina: _____ reacción _____
 - Alimentos: _____ reacción _____
 - Medioambiente: _____ reacción _____
- ASMA: ¿Que provoca un ataque? ejercicio resfriados alergias, liste otros _____
- humo otro, liste _____
- Liste medicamentos para el asma _____
- VISION: lentes de contacto lentes perdida de visión no distingue color otro _____
- Fecha del último examen _____
- OIDO: perdida de la audición, describa _____
- infección de oídos frecuente audífonos
- DIABETES: dependiente de insulina no-dependiente de insulina
- PROBLEMAS DEL CORAZON: liste _____
- PROBLEMAS DE ALIMENTOS/DIGESTION: _____
- PROBLEMAS DE MUSCULOS/ARTICULACION/HUESOS: _____
- PREOCUPACION DEL RIÑON/VEJIGA: _____
- ATAQUES: tipo _____ frecuencia _____ medicamento _____
- DEFICIT DE ATENCION: en asesoramiento en medicamento, liste _____
- PREOCUPACINES EMOCIONALES: liste _____
- DOLOR DE CABEZA/MIGRAÑA: frecuencia _____ tratamiento _____
- CIRUGIAS _____
- ENFERMEDADES/HERIDAS GRAVES _____
- MEDICAMENTOS: tomada en casa, liste _____
- tomada en la escuela, liste _____
- Hora _____ cantidad _____
- OTRO: _____

Por la presente consiento en el tratamiento de mi niño/a por un médico o personal medico en cualquier hospital O tratamiento temporáneo por una enfermera registrada o con licencia o técnico médico de emergencia hasta que se pueda obtener un médico por cualquier enfermedad o herida para mi niño/a mientras estén el terreno de la escuela o contiguo al terreno de la escuela del Distrito Escolar de Kuna. Este consentimiento incluirá, pero no es limitado a, cualquier cirugía considerada necesaria para la salud inmediata y el tratamiento medico de mi niño/a.

Firma de un Padre/Tutor

Fecha