



**RICHLAND SCHOOL DISTRICT TWO**  
**FORMA PARA ACTUALIZACION DE SALUD Y PERMISO PARA EDUCACION FISICA**  
**2020-2021**

<b>Nombre del Niño</b>			<b>Fecha de Nacimiento</b>	
_____ <i>Nombre                      Segundo Nombre                      Apellido</i>			_____ 	
<b>Escuela</b>	<b>Grado</b>	<b>Homeroom teacher</b>	<b>Dirección de Emails</b>	
<b>Nombre de la Madre</b>	<b>Teléfono de la Casa</b>	<b>Teléfono Celular</b>	<b>Teléfono del Trabajo</b>	
<b>Nombre del Padre</b>	<b>Teléfono de la Casa</b>	<b>Teléfono Celular</b>	<b>Teléfono del Trabajo</b>	
<b>Nombre-Contacto Emergencia</b>	<b>Teléfono de la Casa</b>	<b>Teléfono Celular</b>	<b>Teléfono del Trabajo</b>	
<b>Nombre-Contacto Emergencia</b>	<b>Teléfono de la Casa</b>	<b>Teléfono Celular</b>	<b>Teléfono del Trabajo</b>	
<b>¿Qué tipo de seguro de salud tiene su niño?</b> <input type="checkbox"/> Medicaid/Healthy Connections Choices <input type="checkbox"/> Otro Seguro Privado _____ <input type="checkbox"/> Ninguno Por favor escriba # ID: _____ Por favor escriba nombre del seguro: _____ ¿El seguro de su niño paga por: Examen de la Visión <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No    Lentes? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No    Medicina? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
<b>¿Su niño tiene un doctor regular?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si lo tiene, nombre del doctor _____ Nombre de la Clinica _____ Telefono: _____			<b>Hospital preferido:</b> _____	
¿Su niño tiene alergias severas a comidas, medicinas, insectos, etc.? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Por favor nombre las alergias severas _____		<b>¿Qué medicina toma su niño para la reacción alérgica?</b> _____ ¿Usted va a proveer un EpiPen para la escuela? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Su niño tiene asma? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuándo fue su último ataque? _____ ¿Usted va a proveer un inhalador para la escuela? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>Doy permiso para que las aplicaciones siguientes tópicos:</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Anti-itch gel, Calamine, etc. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Ungüento antibiótico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Medicamento antifúngico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Crema de primeros auxilios		<b>¿Su niño está tomando medicinas?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿qué toma? _____ <b>¿Tiene que tomarlas en la escuela?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<b>¿Su niño tiene marcas de identificación?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, por favor nómbrelas: _____ _____
<b>¿Su hijo tiene alguna de las siguientes condiciones diagnosticado por un medico?</b>			<b>¿Su niño tiene restricciones para Educación Física?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, por favor explique: _____	
<b>Condición</b>	<b>Marque si es "SI"</b>	<b>Condición</b>	<b>Marque si es "SI"</b>	<b>¿Su niño ha tenido cirugías?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, por favor nómbrelas: _____ <b>Otras condiciones no nombradas:</b> _____ _____
Salud Dental/Oral		Alta Presión		
Diabetes		Convulsiones		
Dolores de Cabeza		Anemia de células falciformes		
Impedimento para Oír		Digestivo/Estómago		
Problemas de Corazón		Impedimento de Visión		

**Reglas del Distrito para Medicinas:** Si un niño debe tomar medicina durante las horas de escuela, la medicina debe estar en el envase original, con la información del médico y del paciente, incluidas medicinas prescritas o sin prescripción. Se requiere una Forma de Permiso para Medicinas de la escuela para TODAS las medicinas, y DEBEN ser firmadas por un médico y uno de los padres.

**No se le dará medicina si no se llenan los requisitos arriba mencionados. El distrito reserva el derecho a rehusar administrar medicinas en la escuela hasta que el médico ha firmado las formas.**

ESTA INFORMACION SERA SOLO PARA CONOCIMIENTO DE LA ENFERMERA DE LA ESCUELA Y EL PERSONAL DE LA ENFERMERIA. PARA LA SEGURIDAD DE SU NIÑO, SUS MAESTROS Y OTRO PERSONAL PERTINENTE DE LA ESCUELA PUEDE SER NOTIFICADO. SI USTED NO ESTA DE ACUERDO CON ESTO O TIENE PREGUNTAS, POR FAVOR CONTACTE A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA.

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Nombre Impreso: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_