

Forma de Información de Salud
USD 467
Wichita County School District
Leoti, Kansas 67861

Para los Padres o Guardianes:

En orden para proveer la mejor experiencia educacional, el personal de la escuela debe conocer las necesidades de salud de su niño(a).

La ley del Estado requiere vacunas primarias completas y exámenes de salud (para todos los estudiantes de edades de 9 años y menos) por un médico cualificado de medicina, un enfermera de práctica avanzada o una enfermera registrada, un asistente de médico o el consejero médico de la escuela antes de entrar a la escuela. Tal por el Estatuto de Kansas 72-5209, todo el niño sobre la entrada de la escuela **debe estar vacunado apropiadamente**. Formas de Exención Medical y/o de Religión pueden ser obtenidas en cualquier departamento de salud, clínica, o enfermera de la escuela o departamento local de Servicios Sociales. Exenciones Medicales deben ser documentados anualmente en Forma B KCI.

Nombre del Estudiante: _____ Grado: _____
 Fecha de Nacimiento del Estudiante: ___ / ___ / ___ Sexo: ___ Idioma que hablan en casa: _____
 Dirección del Estudiante: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
 Nombre de la Madre: _____ Teléfono: _____
 Nombre del Padre: _____ Teléfono: _____
 Guardián Legal: _____ Teléfono: _____
 Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____

Condición	Si	Comentarios	Condición	Si	Comentarios
Alergias (comida, insectos, drogas, látex)			Diabetes		
Alergias (temporal)			Heridas en la cabeza o columna		
Asma o problemas respiratorios			Problemas de Oído o Sordera		
Atención déficit/Problemas Hiperactivo			Problemas del Corazón		
Problemas de Comportamiento			Hospital		
Problemas de Desarrollo			Envenenamiento de Plomo		
Problemas de la Vejiga			Problemas Musculares		
Problemas de hemorragia			Ataques		
Problemas del intestino			Sickle-cell Anemia		
Cerebral Palsy			Problemas de Hablar		
Cystic Fibrosis			Cirugía		
Problemas Dentales			Problemas de Visión		

Estudiante ha tenido varicela Si _____ Fecha _____ No _____

Describa cualquier otra información importante relacionada con la salud de su niño (niña):

Si tiene que hablar de información confidencial con la enfermera de la escuela o un autoridad de la escuela.

Si _____ No _____

	Nombre	Teléfono	Fecha de la Cita
Proveedor Primario de Cuidado			
Especialista			
Dentista			
Trabajador Social (si es aplicable)			

Ponga todos los medicamentos que tome, y medicinas naturales (Hierbas) que el niño(a) tome regularmente.

Yo, _____ (doy _____) (no doy _____) autorizo que el proveedor de salud de mi niño(a) y proveedor designado de cuidado de salud pueda discutir las preocupaciones de salud y entré cambien información pretendiendo esta forma. Esta autorización tomara lugar hasta que usted la retire. Usted puede retirar su autorización en cualquier tiempo en llamando a la escuela de su niño(a). Cuando la información es dada del registro de su niño(a) documentación de la revelación es mantenida en el registro de salud y escolástico del niño(a).

Firma del Padre o Guardián Legal: _____ **Fecha:** _____

Firma de persona llenando esta forma: _____ **Fecha:** _____

Firma de Interprete: _____ **Fecha:** _____