

EXPEDIENTE DE SALUD

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____
Género: _____ Fecha de nacimiento: _____
Lugar de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____

Dirección Residencial: Línea 1: _____
Línea 2: _____
Pueblo: _____ País: _____ Código Postal: _____

¿Con quién vive el estudiante? _____
Teléfono primario: _____ Teléfono Secundario: _____

HISTORIAL DE SALUD:

1. Señale si el estudiante padece o ha padecido de una o más de las siguientes condiciones:

____ Sarampión común	____ Paperas	____ Meningitis
____ Sarampión alemán	____ Dolores de cabeza frecuente	____ Convulsiones
____ Varicelas		

Dificultades con:

____ Audición	____ Visión	____ Habla
---------------	-------------	------------

Frecuentes:

____ Infecciones de oído	____ Infecciones de orina	____ Problemas ortopédicos
____ Asma (Fatiga)	____ Dolores abdominales	____ Sangrado
____ Sinusitis	____ Fracturas	____ Anemia

2. ¿El estudiantate ha sido hospitalizado en alguna ocasión? ____ Si ____ No Edad: _____

Razón para la hospitalización: _____

3. Historial de alerías:

___ Alergia a alimentos ¿A cuáles? _____

___ Alergia a medicamentos ¿A cuáles? _____

¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica severa que haya requerido atención en una Sala de Emergencia? ___ Si ___ No

4. ¿Padece el estudiante de algún problema de salud recurrente o crónico? ___ Si ___ No

Para cada problema de salud que exista documente los siguientes encasillados:

Condición	Nombre y teléfono del médico	Medicamentos de uso diario y dosis

¿Tiene el estudiante que tomar algún medicamento durante el día escolar? ___ Si ___ No

Nombre del medicamento: _____

5. ¿Tiene el estudiante alguna prótesis? ___ Si ___ No

6. ¿Usa el estudiante lentes de contacto? ___ Si ___ No

INFORMACIÓN DEL PADRE:

Nombre del padre: _____

Teléfono primario: _____ Teléfono Secundario: _____

Lugar de trabajo: _____ Ocupación: _____

Teléfono del lugar de trabajo: _____ Extensión: _____

INFORMACIÓN DE LA MADRE:

Nombre de la madre: _____

Teléfono primario: _____ Teléfono Secundario: _____

Lugar de trabajo: _____ Ocupación: _____

Teléfono del lugar de trabajo: _____ Extensión: _____

INFORMACIÓN DEL ENCARGADO: (De no ser el padre o madre)

Nombre del encargado: _____

Teléfono primario: _____ Teléfono Secundario: _____

Lugar de trabajo: _____ Ocupación: _____

Teléfono del lugar de trabajo: _____ Extensión: _____

Autorizo al principal y/o personal de Notre Dame para que, en caso de emergencia, utilicen su criterio en cuanto a la administración del tratamiento necesario y en la selección del lugar que ellos consideren necesario para el mismo.

De ser posible, deseo que trasladen a mi hijo(a) _____

Nombre del hospital o clínica

y que notifiquen tan pronto le sea posible a _____

Nombre del médico y número de teléfono

Autorizo al personal del hospital para que administre cualquier tratamiento que crean necesario para asegurar el bienestar de mi hijo(a). Este permiso para la administración de un tratamiento de emergencia es vigente aún cuando usted u otro guardián legal de su hijo(a) no estén presentes o no puedan notificarles en el momento en que se necesita este tratamiento.

Estoy de acuerdo en que seré responsable por los gastos médicos incurridos para el beneficio de mi hijo(a) y que reembolsaré a la escuela cuando ésta lo notifique.

Firma del Padre/Madre o Encargado

Fecha

****Si no tiene preferencia, favor escribir EN CUALQUIER HOSPITAL O CLÍNICA****