

**Distrito Escolar Independiente de McKinney
Servicios de Salud Escolar**



Hoja de información de las condiciones de salud
(Para uso general del personal, copiar y distribuir según sea necesario)

Nombre del la estudiante _____ Fecha de nacimiento _____
Condición _____ Grado _____
Nombre del médico _____ # de teléfono _____
Nombres de los padres _____ # de teléfono _____
Dirección _____ Teléfono del trabajo _____
Empleador _____ Cell/Móvil # _____
Contacto de emergencia #1 _____ Teléfono # _____
Contacto de emergencia #2 _____ Teléfono # _____

Si signos o síntomas de las condiciones mencionadas anteriormente ocurren siga los siguientes pasos:

- A) Si esto ocurre: _____
Haga esto: _____
- B) Si esto ocurre: _____
Haga esto: _____
- C) Si esto ocurre: _____
Haga esto: _____

Por favor marque con un círculo uno de los siguientes para indicar el nivel al que este estudiante puede realizar este cuidado.

Independientemente Necesita ayuda/supervisión No puede hacerlo por sí mismo/a

Comentarios adicionales: _____

El Plan Individualizado de Salud ha sido revisado y discutido por la enfermera de la escuela y / o el padre / madre / tutor y presentamos la información anterior como la conciencia personal y la información individualizada de los estudiantes para agilizar la atención del/de la estudiante en momentos en que una enfermera escolar puede no estar disponible. **Este formulario también puede ser completado por la Enfermera Registrada de la escuela cuando no se ha recibido información del médico o de los padres. Un/a maestro/a o sustituto/a debe ser advertido/a de una condición médica y las medidas necesarias para garantizar la seguridad del estudiante en momentos en que un/una enfermero/a escolar no puede estar fácilmente disponible.**

Nombre del/de la enfermera: _____ Firma: _____ Date: _____

Nombre del padre/madre (opcional): _____ Firma: _____ Date: _____

Nombre del médico (opcional): _____ Firma: _____ Date: _____