

Distrito Escolar Independiente de McKinney (MISD)
Servicios Escolares de la Salud
Formulario del Historial Médico

Nombre del alumno _____ Fecha de Nac. _____ Sexo _____ Edad _____

Padre/Guardián _____ Núm. de Tel. _____

Dirección del hogar _____
 Calle y Núm. de la Casa Ciudad Estado Código Postal

Dirección del Trabajo _____
 Calle y Núm. Núm. de Teléfono

Segundo Padre/Guardián _____ Núm. de Tel. _____

Dirección del hogar _____
 Calle y Núm. de la Casa Ciudad Estado Código Postal

Dirección del Trabajo _____
 Calle y Núm. Núm. de Teléfono

Historial médico: (Marque...provea fechas aproximadas, si es aplicable)

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes del oído _____ | Enfermedades: | Alergias: |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes _____ | <input type="checkbox"/> Fiebre del heno _____ |
| <input type="checkbox"/> Aflicción del corazón/enfermedad _____ | <input type="checkbox"/> Anemia perniciosa _____ | <input type="checkbox"/> Hiedra venenosa, etc. _____ |
| <input type="checkbox"/> Ataques/Convulsiones _____ | <input type="checkbox"/> Asma _____ | <input type="checkbox"/> Picadura de insectos _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de Desangre/Coagulación _____ | | <input type="checkbox"/> Penicilina _____ |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión _____ | | <input type="checkbox"/> Otras drogas _____ |
| <input type="checkbox"/> Disturbios emocionales _____ | | |

Incapacidades, enfermedades, enfermedades crónicas repetidas: _____

Medicamentos que toma ahora (envíe con las instrucciones): _____

Nombre del médico de la familia: _____ Núm. de Tel. _____

Nombre del dentista/ortodontista: _____ Núm. de Tel. _____

Cualquier actividad específica limitada por consejo del médico: _____

Cualquier plan de alimentación o restricciones dietéticas prescritas por el médico: _____

Cualquier alergia conocida (alimentos, drogas, plantas, insectos, etc.) _____

Fechas de operaciones, lesiones severas, consejo psiquiátrico, u hospitalización: _____

Plan de seguro médico y de hospitalización de la familia: _____
 Nombre de la firma del seguro Núm. de la póliza

Importante – Es necesario que llene la siguiente información para que su hijo/hija pueda participar en la actividad:

De acuerdo a mi mejor conocimiento, este historial médico es correcto, y la persona mencionada más arriba tiene la autorización para participar en todas las actividades prescritas, a excepción de las que se han señalado. Por el presente, yo autorizo a la Enfermera Registrada supervisora a: 1) proveer el cuidado médico en curso; 2) seleccionar el personal médico y a ordenar Rayos X o pruebas de rutina o tratamiento para la persona mencionada más arriba.

Autorización de emergencia: En caso que yo no pueda ser contactado(a) en una emergencia, por el presente doy mi autorización al médico seleccionado por la Enfermera Registrada para que hospitalice a, consiga el tratamiento apropiado para, y a ordenar la inyección y/o anestesia y/o cirugía para la persona mencionada más arriba. Este formulario puede ser fotocopiado para su uso durante viajes de estudios de más de un día (OFT, en inglés).

Firma del padre o guardián o persona adulta de la dirección: _____ Fecha: _____

Favor de llenar el Formulario de Exoneración para Medicamentos Tomados Oralmente al reverso

Distrito Escolar Independiente de McKinney (MISD)
Servicios Escolares de la Salud

Formulario de Exoneración para la
Aplicación de Medicamentos Orales o de Uso Exterior en el Cuerpo

Nombre del alumno _____

	No	Si
I. Contra la Inflamación / Antipirético (Contra la fiebre)		
1. Ibuprofen (Advil, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Acetaminophen (Tylenol, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II. Contra la acidez / Contra la náusea y diarrea		
1. TUMS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Imodium AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
III. Alergia		
1. Benadryl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV. Medicamentos para uso exterior en el cuerpo		
1. Bacitracin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Caladryl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cremas para el sol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Aloe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Yo autorizo a la Enfermera Graduada supervisora a administrar los medicamentos mencionados más arriba durante los viajes de estudios de más de un día de duración (OFT, en inglés), de acuerdo a las instrucciones en la envoltura del medicamento. Cualquier otro medicamento (que no necesite prescripción del médico o con prescripción médica) será proveído por el padre o guardián y será administrado de acuerdo a las políticas sobre los medicamentos del MISD.

Firma del padre o guardián _____ Fecha _____