



Academia de La Inmaculada Concepción
Mayagüez, Puerto Rico
Enfermería

EXPEDIENTE DE SALUD

Nombre del (de la) estudiante _____

Grado: _____

Edad _____ Fecha de Nacimiento _____

Lugar de Nacimiento _____

Nombre del Padre _____

Número del teléfono celular _____

Número del teléfono del trabajo _____ Extensión: _____

Nombre de la Madre: _____

Número del teléfono celular _____

Número del teléfono del trabajo _____ Extensión: _____

Nombre de otro adulto donde nos podamos comunicar en caso de emergencia:

Parentesco _____

Número del teléfono residencial _____

Número del teléfono celular _____

Número del teléfono del trabajo _____ Extensión: _____

Historial de Salud:

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sarampión común | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Sarampión Alemán | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Varicelas | <input type="checkbox"/> Meningitis |
| <input type="checkbox"/> Paperas | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza frecuente |

2. Dificultad con (especifique):

Audición: _____

Visión: _____

Habla: _____

3. Frecuentemente padece de:

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Infecciones de oído | <input type="checkbox"/> Sangrado |
| <input type="checkbox"/> Infecciones de orina | <input type="checkbox"/> Sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Problemas ortopédicos | <input type="checkbox"/> Desmayos |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Dolores abdominales | |

4. Ha sido hospitalizado el estudiante en alguna ocasión:

Edad _____

Razón para la hospitalización _____

5. Historial de Alergias:

Alergias a alimentos: Si ____ No ____

¿Cuáles? _____

Alergia a medicinas: Si ____ No ____

¿Cuáles? _____

¿Alguna vez ha tenido alguna reacción alérgica severa que haya requerido atención en una sala de emergencias?

Si ____ No ____

Explique _____

6. ¿Padece el estudiante de algún problema de salud recurrente o crónica?

Sí _____ No _____

Para cada problema 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 _____

¿Tiene el estudiante alguna prótesis? Sí _____ No _____

¿Usa el estudiante lentes de contacto? Sí _____ No _____

Autorizo al Principal y/o personal de la Academia de la Inmaculada Concepción 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) a: _____
(Nombre del Hospital o Clínica)

y, que le notifique, tan pronto les sea posible, a: _____
(Nombre del Médico)

al número telefónico _____

Autorizo al personal del hospital para que administren 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 aun cuando yo u otro guardián legal de mi hijo(a) no estén presentes o no puedan notificarles en el momento en que se necesite este tratamiento.

Estoy de acuerdo en que será responsables por los gastos médicos incurridos para el beneficio de mi hijo(a) y que reembolsaré cuando esta lo notifique.

Firma de la madre o guardián

Firma del padre o guardián

Evaluación Médica

Estatura _____ Peso _____ Presión _____ Pulso _____

Visión por ambos ojos _____ Ojo Derecho _____ Ojo Izquierdo _____

Si usa lentes, visión corregida _____

Presencia de hallazgos cardiacos _____.

Implicación para actividad escolar _____.

Especifique si existe alguna condición relacionada a las siguientes, que pudiese tener alguna implicación en el desempeño escolar en general o en las actividades físicas realizadas en las clases de Educación Física, eventos deportivos, escolares o recreativos.

Tiroides _____

Pulmones _____

Abdomen _____

Músculo Esqueletal:

Escoliosis

Si _____ No _____

Severidad: _____

Limitación movimiento de alguna articulación Sí _____ No _____

Deformidad Sí _____ No _____

¿Existe historial o evidencia en el examen físico que impida la participación del (de la) estudiante en las actividades usuales de Educación Física y/o Actividades Deportivas?

Si _____ No _____

Cuáles _____

¿Hay historial de proteinuria o hematuria persistente? _____.

Permiso para administrarle ACETAMINOPHEN 10-15mg/kg en caso de que el estudiante así lo requiera

_____ AUTORIZO

_____ NO AUTORIZO

Firma del Médico

Número de Licencia

Firma del padre o encargado(a)

fecha