

**TOPPENISH SCHOOL**



**DISTRICT #202**

# Información Médica Estudiantil

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA

Student ID# \_\_\_\_\_

School: \_\_\_\_\_

Compliant immunization record in Skyward

Awaiting McKinney Vento eligibility

Non-compliant immunization(s)  
CANNOT START SCHOOL UNTIL COMPLIANT

Apellido Legal: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

¿Tiene el estudiante seguro médico?  NO  SÍ

Nombre de la Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_

¿Está tomando actualmente el estudiante medicamentos?  NO  SÍ (Especifique) \_\_\_\_\_

¿Si respondió sí, será necesario administrar medicamento en la escuela?  NO  SÍ  
(Si respondió sí, diríjase a la Oficina de Salud para los procedimientos y los formularios.)

¿Usa lentes el estudiante?  NO  SÍ ¿Usa lentes de contacto el estudiante?  NO  SÍ

¿Requiere el estudiante una dieta especial debido a una alergia a comestibles que amenaza la vida?  NO  SÍ  
(Si respondió sí, diríjase a la Oficina de Salud para los procedimientos y los formularios.)

¿Tiene el estudiante una discapacidad que requiere una dieta especial?  NO  SÍ  
(Si respondió sí, diríjase a la Oficina de Salud para los procedimientos y los formularios.)

¿Tiene el estudiante dificultades auditivas?  NO  SÍ  
Si respondió sí, ¿Usa el estudiante aparatos de ayuda auditiva?  NO  SÍ

Marque las condiciones que aplican a su hijo(a) y explique abajo:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD                       | <input type="checkbox"/> Alergias a Comestibles               |
| <input type="checkbox"/> Alergias                       | <input type="checkbox"/> Condiciones Nasales o de la Garganta |
| <input type="checkbox"/> Asma                           | <input type="checkbox"/> Condición de Visión/Ojo              |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza crónicos     | <input type="checkbox"/> Condición cardíaca                   |
| <input type="checkbox"/> Desordenes Ataque/Convulsivo   | <input type="checkbox"/> Condición de los Riñones /Urinaria   |
| <input type="checkbox"/> Condición Estomacal /Digestiva | <input type="checkbox"/> Condición Auditiva/Oído              |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                       | <input type="checkbox"/> Otro, (especifique) _____            |

Favor de explicar las condiciones marcadas arriba: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Favor de alistar otras condiciones médicas/salud que pudiesen limitar las actividades estudiantiles en la escuela.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En caso de accidente o enfermedad, solicito que la escuela se comunique conmigo. Si la escuela no se puede comunicar conmigo o con cualquiera de los contactos de emergencia que he provisto, la escuela puede hacer cualesquier arreglos que se consideren necesarios. Dependiendo de la situación, el padre(s)/guardián del estudiante, no la escuela, pudiese ser responsables de los gastos incurridos.

FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_