COLEGIO BAUTISTA CRISTIANO

RECORD DE SALUD, PARTE I

Año Escolar 2017-2018

Parte I:

Esta primera sección debe ser completada por los padres / tutores del estudiante.

Nombre completo del estudiante: _____

Grado al que aplica: _____ Ciclo (Inicial, Primaria o Secundaria): _____

Día de nacimiento (día, mes y año): _____ Edad actual: _____ Tipo sanguíneo: _____

Personas que puedan ser contactadas en caso de emergencia, además de los padres:

Nombre	*Teléfonos /celulares*	*Relación con el estudiante*

¿Está tomando algún medicamento en la actualidad? En caso de ser afirmativo, por favor especifique _____

_____

¿Debe tomar alguno de estos medicamentos en horario escolar? Especifique _____

Fecha de la vacuna BCG o de la última prueba de tuberculosis: _____ Resultado de la prueba: _____

Enfermedades o condiciones que tiene o ha tenido el alumno:

__Adenoides
__Amebiasis
__Amigdalitis
__Anemia
__Anginas
__Apendicitis
__Asma
__Caídas frecuentes
__Cardíacos
__Convulsiones (especifique edad y causa) _____ _____

__Diabetes
__Difteria
__Epilepsia
__Escarlatina
__Estrabismo
__Fiebre tifoidea
__Gastritis
__Hemofilia
__Hepatitis
__Inflamación de garganta
__Jaquecas
__Malaria

__Mareos o desmayos
__Meningitis
__Neumonía
__Osteomielitis
__Otitis o infección de oídos
__Paperas
__Polio
__Problemas al tragar
__ Problemas de audición
__Problemas en la piel
__Problemas de visión

__Problemas motores
__Reflujo
__Roséola
__Rubéola
__Sangrado de nariz
__Sarampión
__Sinusitis
__Tétanos
__Tos ferina
__Varicela
Otra(s): _____
_____
_____

Lista de alergias conocidas	*Reacción(es)*	*Tratamiento(s)*

Nombre del estudiante: _____ Fecha: _____

¿El estudiante ha sido intervenido quirúrgicamente? Si_____ No_____

Si su respuesta es positiva, especifique tipo y fecha de la(s) misma(s): _____

_____

Favor marcar los medicamentos de venta sin receta que usted autoriza le sean administrados a este estudiante en caso de que visite la enfermería del colegio y lo necesite:

- ☐ Antiácido
- ☐ Antibiótico en crema
- ☐ Antihistamínico
- ☐ Benadryl en crema
- ☐ Benadryl oral
- ☐ Cortisona en crema
- ☐ Ibuprofeno
- ☐ Jarabe contra la tos
- ☐ Mentol
- ☐ Pastilla o spray para aliviar el dolor de garganta
- ☐ Tylenol / Winasorb
- ☐ Otro(s) (por favor especifique): _____
  _____
  _____
  _____
  _____

Al firmar este formulario, nosotros los padres/tutores:

- Certificamos que toda esta información es correcta y actualizada,
- Autorizamos a la enfermería del colegio a administrar medicamentos a nuestro hijo/a basados en la información anterior,
- Autorizamos al Colegio Bautista Cristiano a contactar al personal médico para obtener cualquier información o atención médica en caso de ser necesario.
- Autorizamos al médico de cabecera a proveer la información correspondiente a la sección II de este formulario.

Médico de cabecera del estudiante: _____

Teléfono(s) de contacto: _____

En caso de emergencia y de no poder contactar a uno de los padres de mi hijo/a autorizo al **COLEGIO BAUTISTA CRISTIANO** para brindarle atención médica en el centro _____, e incurrir con los gastos correspondientes.

_____	_____
Nombre del padre o tutor	Nombre de la madre
_____	_____
Firma del padre o tutor	Firma de la madre
_____	_____
Fecha	Fecha

COLEGIO BAUTISTA CRISTIANO

RECORD DE SALUD, PARTE II

Año Escolar 2017-2018

PARTE II:
La siguiente parte del formulario debe ser completado, firmado y sellado por el pediatra o médico de cabecera del estudiante.

Datos del estudiante:

Nombre completo del estudiante: _____

Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa) _____ Fecha del examen médico (dd/mm/aa) _____

Datos del médico de cabecera:

Nombre: _____ Especialidad: _____

Contacto(s): _____

☐ Confirmo que he revisado la información provista en la Parte I de este formulario.

Firma: _____

Examen físico:

Estatura (pies y pulgadas): _____ Peso (libras): _____

Pulso: _____ pulsaciones por minutos Presión arterial: _____ / _____

SISTEMA	NORMAL	DESCRIBA ANORMALIDAD
Abdomen		
Brazos/manos		
Caderas		
Corazón		
Cuello		
Hernia genital		
Hombros		
Linfático		
Neurológico		
Otorrino		
Piel		
Pies/tobillos		
Postura		
Pulmones		
Rodillas		

Evaluación de enfermedades crónicas		
Condición	No la presenta	Si la presenta (seleccionar la que corresponde)
Asma		☐ Intermitente ☐ Levemente persistente ☐ Moderadamente persistente ☐ Severamente persistente ☐ Inducida por el ejercicio físico
Alergia		☐ Alimentos ☐ Insectos ☐ Latex ☐ Ambiente ☐ Fuente desconocida
Diabetes		Tipo: _____
Convulsiones		Tipo: _____

- **Favor anexar copia de la tarjeta de vacunas.**

Recomendaciones médicas:
Por favor marque la(s) que aplique(n) a este estudiante, desde el punto de vista médico:

____ Este estudiante tiene una condición emocional, de desarrollo, de comportamiento o psiquiátrica que podría afectar su experiencia educativa. Explique: _____
Especifique sus medicamentos diarios (si aplica): _____

____ Este estudiante puede participar plenamente en el programa escolar.

____ Este estudiante puede participar en el programa escolar con la siguiente adaptación: _____

____ Este estudiante puede participar plenamente en las actividades atléticas y deportes competitivos.

____ Este estudiante puede participar en las actividades atléticas y deportes competitivos con la(s) siguiente(s) restricción(es) / adaptación(es): _____

____ Me gustaría discutir la información de este formulario (o parte de ella) con la persona encargada de la enfermería del colegio.

_____
Nombre del médico

_____
Firma del médico

_____
Fecha

Sello