

<b>Nombre del estudiante: Apellido</b>		<b>Nombre</b>		<b>2º N</b>	<b># Identif. del estudiante</b>
Grado	<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Fecha de nacimiento			
Domicilio residencial – Calle, Ciudad, Código postal				Número de teléfono residencial	
Nombre del padre/tutor legal		Correo electrónico	Teléfono celular		Teléfono de trabajo
Nombre del madre/tutor legal		Correo electrónico	Teléfono celular		Teléfono de trabajo

**Por favor enumere a las personas que pueden asumir el cuidado temporal Y/O recoger a su hijo si no podemos localizarlos:**

Nombre	Teléfono celular	Teléfono de trabajo	Relación con el estudiante
Nombre	Teléfono celular	Teléfono de trabajo	Relación con el estudiante

En un esfuerzo de proporcionar cuidado seguro en base a información para su hijo(a) en la escuela, cada año el Departamento de Servicios de Salud del SCUCISD solicita la siguiente información para completar la inscripción de su hijo(a). La información médica que usted proporcione acerca de su hijo(a) es documentación escolar confidencial. El SCUCISD mantiene toda la documentación médica acerca de su hijo(a) en forma confidencial conforme lo requiere la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de las Familias (Family Educational Rights and Privacy Act) y otras leyes en la materia. Pero si se comunicará la información médica de su hijo(a) al personal del SCUCISD que requiera la información para servir mejor a su hijo(a).

**Historial de Salud: Marque todas las condiciones que sean aplicables**

- El estudiante tiene un PLAN 504 para apoyos relacionados con su salud
- ADHD/ADD  Medicamentos tomados en casa  Medicamentos tomados en la escuela **RECETA MÉDICA REQUERIDA (consultar con la enfermera)**
- ALERGIAS (especifique y describa a continuación):  Droga  Alimento  Insecto
  - DROGA - Droga(s) y reacción \_\_\_\_\_
  - EL ESTUDIANTE REQUIERE "EPIPEN" y/o BENADRYL EN LA ESCUELA **RECETA MÉDICA REQUERIDA (consultar con la enfermera)**
  - ALIMENTOS – enumerar alimento(s) y reacción \_\_\_\_\_
  - SE REQUIERE PLAN MÉDICO REQUERIDO PARA ALEGIAS ALIMENTICIAS SEVERAS (consultar con la enfermera)**
  - Insecto – Enumere el insecto(s) y reacción: \_\_\_\_\_
- ASMA **SE REQUIERE PLAN DE ACCIÓN MÉDICO PARA ASMA PARA QUE LOS INHALADORES/NEBULIZADORES SE PUEDAN USAR EN LA ESCUELA (consultar con la enfermera)**
- DIABETES (especifique):  tipo 1  tipo 2  
**SE REQUIERE PLAN MÉDICO DE TRATAMIENTO DE DIABETIS TIPO 1 (Consultar con la enfermera)**
- DESORDEN EMOCIONAL/SICOLÓGICO Especifique: \_\_\_\_\_
- PROBLEMAS AUDITIVOS:  Aparatos auditivos  Implante coclear Otro: \_\_\_\_\_
- CONDICIÓN CARDÍACA  Defecto del corazón  Alta presión arterial  Otro: \_\_\_\_\_
- PROBLEMAS DEL RIÑÓN/VIAS URINARIAS Explicar: \_\_\_\_\_
- MEDICAMENTO(S) TOMADO EN CASA/ESCUELA: \_\_\_\_\_  
**\*\*\* TODOS LOS MEDICAMENTOS TOMADOS EN LA ESCUELA REQUEREN RECETA MÉDICA CADA CICLO ESCOLARA (consultar con la enfermera)\*\*\***
- MIGRAÑAS/DOLORES DE CABEZA Explicar: \_\_\_\_\_
- CONVULSIONES **SE REQUIERE PLAN MÉDICO DE ACCIÓN PARA CONVULSIONES (consultar con la enfermera)**  
Fecha de la última convulsión \_\_\_\_\_ Tipo de convulsiones \_\_\_\_\_
- POBLEMAS ESTOMACALES/INSTESTINALES Explicar: \_\_\_\_\_
- PROBLEMAS DE VISIÓN:  Usa lentes  Lentes de contacto  Otro: \_\_\_\_\_
- PROCEDIMIENTOS ESPECIALES EN LA ESCUELA **SE REQUIERE ORDEN MÉDICA ESCRITA (consultar con la enfermera):** \_\_\_\_\_
- OTRAS PREOCUPACIONES MÉDICAS: \_\_\_\_\_

**MI HIJO(A) NO TIENE NINGUNA ANORMALIDAD DE SALUD Y NO REQUIERE MEDICAMENTOS/PROCEDIMIENTOS ESPECIALES EN LA ESCUELA**

Yo, quien firma al calce, por este hecho autorizo a los directivos de Distrito Escolar Independiente de Schertz-Cibolo-Universal City para contactar a las personas enumeradas en esta forma en caso de emergencia del estudiante aquí mencionado. En caso de que los padres u otras personas nombradas en esta forma no puedan ser localizados, quedan autorizados los directivos de la escuela para tomar cualquier acción necesaria a su juicio que salvaguarde la salud de mi hijo(a) aquí mencionado. Libero al distrito escolar de toda responsabilidad financiera por el cuidado de emergencia y/o transporte del niño mencionado.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma de los padres/tutores legales: \_\_\_\_\_

