

MIFFLIN COUNTY SCHOOL DISTRICT

Formulario de Información de Salud

Nombre de la Escuela _____ Grado Actual: _____
Nombre del Estudiante _____
Apellido(s) _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____
Fecha de Nacimiento del Estudiante ____ / ____ / ____ Sexo: _____
Dirección del Estudiante _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____
Nombre de la Madre o Tutora Legal _____ Teléfono _____ Trabajo o Celular _____
Nombre del Padre o Tutor Legal _____ Teléfono _____ Trabajo o Celular _____
Contacto de Emergencia _____ Teléfono _____ Trabajo o Celular _____

Condición	Sí	Comentarios	Condición	Sí	Comentarios
Alergias (comida, insectos, medicamentos, látex)			Diabetes		
Alergias (estacionales)			Lesiones en la cabeza, conmociones cerebrales		
Asma o problemas respiratorios			Problema de audición o sordera		
Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)			Problemas del corazón		
Problemas de conducta			Intoxicación por plomo		
Problemas del desarrollo			Problemas musculares		
Problemas de vejiga			Convulsiones		
Problemas de coagulación			Anemia de células falciformes (no portador)		
Problemas intestinales			Problemas del habla		
Parálisis cerebral			Lesión de la médula espinal		
Fibrosis quística			Cirugía		
Problemas dentales			Problemas de visión		

Describa cualquier otra información importante relacionada con la salud de su hijo/a (por ejemplo, sonda de alimentación, hospitalizaciones, soporte de oxígeno, audífono, etc.) _____

Enumere todos los medicamentos recetados, de venta libre y herbales que su hijo/a toma regularmente:

Por favor, proporcione la siguiente información:

	Nombre	Teléfono	Fecha de la Última Cita
Pediatra/ Proveedor de Atención Primaria			
Especialista			
Dentista			

Yo, _____ (sí) (no) autorizo al proveedor de atención médica de mi hijo/a y al proveedor de atención médica designado en el entorno escolar a conversar sobre las preocupaciones de salud de mi hijo/a y/o intercambiar información relacionada con este tema. Esta autorización estará vigente hasta el final del año escolar 2026-2027. Usted puede retirar su autorización en cualquier momento comunicándose con la escuela de su hijo/a. Cuando se divulga información del expediente de su hijo/a, se mantiene documentación de dicha divulgación en el registro de salud o académico del estudiante.

Firma del Padre, Madre o Tutor Legal _____ Fecha ____ / ____ / ____

Firma del Padre, Madre o Tutor Legal

Fecha