

## HOJA INFORMACIÓN DE SALUD DEL ALUMNO

Fecha: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ # Estudiantil: \_\_\_\_\_

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Ultima escuela que asistió en Newport News: \_\_\_\_\_ año: \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo algún problema crónico o médico (alergias, asma, diabetes, migrañas, etc.)? De ser así, por favor indique sus problemas a continuación: \_\_\_\_\_

¿Está bajo cuidado médico por éstos o algún otro problema médico? \_\_\_\_\_

¿Toma su hijo algún medicamento y necesita tomarlos o tenerlos disponible en la escuela (como inhalador de asma, epinefrina, Ritalin)? \_\_\_\_\_

**Para cualquier medicamento (recetado y/o sin recetas) que deba ser administrado en la escuela, usted debe proporcionar receta médica actualizada. Las recetas deben ser renovadas a principios de cada año escolar. Es importante informarle a su enfermera escolar qué medicamentos su hijo toma en caso de una emergencia.**

\_\_\_\_\_  
Firma de padre/tutor legal

\_\_\_\_\_  
Número teléfono donde puede ser contactado

Por favor, póngase en contacto con la enfermera escolar si su hijo si tiene algún problema médico que necesite su atención durante horario escolar o que pueda afectar su habilidad de aprendizaje.

### SUMMARY OF SCREENING FOR INITIAL ENROLLMENT

Speech/Language/Voice		
DATE: _____	TESTING ADMINISTRATOR: _____	
PASS: _____	FAIL: _____	
Fine Motor/Gross Motor		
LOCATION of TESTING: _____	TESTING ADMINISTRATOR: _____	
FM - PASS: _____	FAIL: _____	DATE: _____
GM - PASS: _____	FAIL: _____	DATE: _____

**Additional Health Information available electronically within the Student Information System**

- Medication/Treatment Orders
- Clinic Logs
- Health Screenings

**Student Health Cards – phased out 07/01/2014 and maintained in Part I of the Student’s Educational Record.**