



PULASKI COUNTY SPECIAL SCHOOL DISTRICT

925 East Dixon Road/P.O. Box 8601
Little Rock, Arkansas 72216
www.pcssd.org

FORMULARIO DE SALUD- DEL ESTUDIANTE (STUDENT HEALTH FORM)

Form with fields for: Fecha, #de MADICAID, Año Escolar, Nombre del Estudiante, Fecha de Nacimiento, Grado, Dirección, Teléfonos, Padre/ Tutor Legal, Correo Electrónico, Medico Preferido, Dentista, Otros Contactos de emergencia, Tel./Contactos #, Correlación.

HISTORIAL MÉDICO-CONDICIONES CRÓNICAS DE LA SALUD

Table with 5 columns and 10 rows of medical conditions with checkboxes, including ADD/ADHD, Trastorno Cardíaco, Endometriosis, Meningitis, Ataque, etc.

Lesión Automovilística con heridas significantes: _____ Fractura /Huesos Quebrados: _____

Irregularidad Intestinales/constipación o problemas de la Vejiga: _____ Cirugía: _____

Fractura /Huesos Quebrados: _____ Otras preocupaciones no enlistada arriba: _____

Alergias a Comidas: _____ **OTRAS ALERGIAS:** _____
La Orden de un Medico será Requerida en Cualquier Restricción Nutricional

¿Ha tenido su niño alguna reacción alérgica que requiera de algún medicamento? Si No **Epi-Pen** Si No

Nombre del Medicamento usado actualmente _____ *Todos los medicamentos deben ser suministrados en casa, a menos que deba tomarse por más de 3 veces al día, o a una hora específica por orden médica.*

EVALUACIONES DE LA SALUD

Exámenes de salud para la visión, la audición, escoliosis, la altura y el peso son requeridos por la ley del Estado de Arkansas para estudiantes específicos de acuerdo al nivel de grado. La escuela de RN (Enfermera) referirá a los estudiantes que necesiten ser evaluados por un profesional de la salud basándose en los resultados de las evaluaciones.

Le doy permiso a mi niño(a) para participar en los exámenes de salud siguientes:

La Altura/ el Peso (Ley 1220 of 2003) SI NO Escoliosis (Ley 95 of 1987) SI NO
Evaluaciones para Grados 6° & 8° Niñas / Grado 8° Niños

Firma del Padre/Tutor Legal: _____

MEDICAL AUTHORIZATION

Si mi niño(a), _____, se enferma o lesiona en la escuela, yo, _____,

IMPRIMA

IMPRIMA

Autorizo al personal de la escuela para que llamen y arreglen el transporte (ambulancia) para que mi niño(a) reciba atención medica. Entiendo que se me responsabilizara por los pagos de cualquier /y todos los servicios médicos, incluyendo pero no limitando los servicios de emergencias que no estén cubiertos por el plan de seguro del estudiante.

Firma del Padre/ Tutor Legal: _____ **Fecha:** _____