

SÍ	Historia Pasada	NO	Estado de salud (diagnosticado por un proveedor médico)	En caso afirmativo, indique la explicación y el medicamento y / o tratamiento a continuación:
			ADD / ADHD	¿Medicamento?
			Asma***	Inhaler?
			Diabetes ***, Tipo:	Explique:
			Migrañas ***	Explique:
			Alergia a la comida***	Enumere la comida y la reacción:
			Alergia a un medicamento	Enumere el medicamento y la reacción:
			Alergia a las abejas que amenaza la vida Requiere Epi-Pen **	Enumere la reacción:
			G6PD***	Lista de desencadenantes:
			Trastorno de convulsiones / epilepsia ***	Última convulsión:
			Problema de visión	¿Tiene anteojos o lentes de contacto (circule cuál)?
			Problema de audición	¿Audífono?
			Problemas emocionales o de comportamiento	Explique::
			Problema cardíaco (corazón)	Explique::
			Lesión en la cabeza / Conmoción Cerebral	Explique::
			Enfermedad grave o crónica	Explique::
			Operación (es) seria (s)	Explique::
			Otro	Explique::

*** El plan de acción / emergencia para el cuidado durante la escuela debe ser completado por el proveedor médico del niño/a.

Estos formularios están disponibles a través del sitio web de Servicios de salud o la enfermera de la escuela.

Enumere los medicamentos que su hijo /a está tomando actualmente si no se enumeran arriba Nombre del medicamento:	Dosis	Con qué Frecuencia	Razón para tomar medicamentos

Estudiantes de MSD que viven en el mismo hogar:	Edificio	Grado	Relación