

Nombre Legal del Estudiante: _____ Edad: _____
Apellido (s) Primer nombre Segundo Nombre

Grado: _____ Escuela: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Género: _____

**** Todos los Estudiantes que se inscribirán en las Escuelas Públicas de Kansas City Kansas ****

Por favor incluir una copia de su registro de vacunas más reciente.

Los estudiantes deben de cumplir con los requisitos estatales antes del primer día de clases.

Medicamento:

¿Toma medicamentos su estudiante? No Sí Diagnóstico/Razón _____

Medicamento	Dosis	Horario(s)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Información del Proveedor de Salud:

Nombre del médico _____ Teléfono _____ Fecha de última visita _____

Nombre del dentista _____ Teléfono _____ Fecha de última visita _____

Preferencia de hospital: Children's Mercy Hospital University of Kansas Hospital Providence Otro _____

Historial Médico:

¿Tiene o ha Tenido su hijo cualquiera de estos padecimientos o enfermedades?

	(Edad o Fecha)		(Edad o Fecha)
Varicela	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí _____	COVID-19	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí _____
Hepatitis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí _____	Mononucleosis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí _____
Meningitis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí _____	Otra Enfermedad Contagiosa	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí _____

- | | | | |
|---|---|-------------------------------------|---|
| • Alergias <i>(Por favor enliste y especifique debajo)</i>
<i>(Alimentos, medicinas, ambiente, animales)</i> | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | • Heridas/Accidentes | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| • Asma | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | • Problemas Mentales/Emocionales | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| • Déficit de Atención/Hiperactividad | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | • Limitaciones Físicas | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| • Problemas del Comportamiento | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | • Pneumonia | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| • Marcas de Nacimiento/Cicatrices | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | • Erupciones o problemas de la piel | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| • Problemas de la Vejiga | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | • Convulsiones | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| • Problemas Intestinales | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | • Célula Falciforme | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| • Huesos rotos | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | • Problemas del Habla | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| • Problemas Dentales | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | • Cirugía | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| • Diabetes | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | • Suturas/Puntadas | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| • Infecciones de Oídos Frecuentes | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | • Tubos en los oídos | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| • Heridas en la cabeza/Conmoción Cerebral | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | • Problemas de Visión | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| • Problemas Auditivos | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | • Usa Lentes/ de Contacto | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| • Problemas Cardiacos/Soplo del corazón | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | • Otros _____ | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| • Hospitalizaciones (no cuando nació) | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | | |

Por favor explique sus respuestas aquí:

Student ID Number _____ Student Name _____

Preocupaciones del Estudiante:

¿Le preocupan algunas de estas áreas sobre su estudiante?:

Visión	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Comportamiento	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Desarrollo Emocional	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Habla	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Periodos de atención	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Desarrollo Físico	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Audición	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Capacidad de aprendizaje	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		

Por favor explique sobre lo que respondió que Sí, aquí:

Los estudiantes deben de completar un **Formulario para Administración de Medicamentos o Tratamiento** nuevo cada año escolar antes de que la escuela le pueda administrar el medicamento al estudiante. **Todos los medicamentos requieren de la firma del doctor y de los padres.** La etiqueta de la farmacia DEBE de ser igual a la de la orden médica. **No bolsitas de plástico Ziploc, botellas sin etiquetar, o con cambios notados, ni los medicamentos vencidos serán aceptados.** Cualquier cambio de medicamento será debe de ir acompañado con un formulario nuevo, con los cambios anotados, y firmados por el médico. Todo medicamento no usado solamente será entregado al padre de familia/tutor legal o a un adulto designado. No guardaremos ningún medicamento durante el verano; los medicamentos que sean dejados al final del curso escolar serán desechados después de la hora de salida del último día de clases. Ningún estudiante deberá transportar o tener en su posesión medicamentos en propiedad escolar, excepto si es un medicamento de emergencia permitido por leyes estatales y con orden médica (por ejemplo EpiPen, inhalador de rescate, Glucagon, etc.). A los estudiantes de High School se le permite llevar consigo medicamentos que no requieren receta médica siempre y cuando la enfermera tenga en su archivo un Formulario para Administración de Medicamentos o Tratamiento.

Medicinas alternativas y/o tratamientos tales como suplementos herbales, medicina homeopática, vitaminas, ungüentos/pomadas, suplementos nutricionales, aceites esenciales y cualquier otro producto no controlado por la FDA, no serán administrados en la escuela.

Los medicamentos deben de ser traídos a la escuela por los padres de familia o tutor legal y no deben de enviarlos a la escuela con el estudiante.

Verificación:

En caso de que mi hijo tenga una enfermedad o herida, yo entiendo que la escuela intentará comunicarse con los padres o los tutores legales primero. Después se comunicarán con otras personas que yo tenga enlistados – que estén autorizados a recibir información, tomar ciertas decisiones médicas y a que se les entregue mi hijo en custodia. Si ninguno está disponible, la escuela está autorizada a hacer cualquier arreglo que sea necesario para mantener la salud de mi estudiante incluyendo pero no limitado a tratamiento médico de emergencia.

Yo soy el Padre/Madre o Tutor legal de este estudiante. No Sí _____ Iniciales

Si usted no es el padre/madre de familia o tutor legal de este estudiante, indique su parentesco con el estudiante.

Yo confirmo que la información proporcionada en este formulario es acertada y actual.

X _____

FIRMA del padre o madre de familia/ Tutor Legal/ Otro

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE del padre/madre, Tutor legal u Otro

Fecha