Junta Escolar del Condado de Brevard, Florida
TARJETA DE SALUD

NOMBRE _____ DOB _____GRADO_____SEXO_____

APELLIDO NOMBRE INICIAL SEGUNDO NOMBRE

DIRECCIÓN _____ TELÉFONO DE CASA_____

CALLE CIUDAD CÓDIGO POSTAL

PADRE_____EMPLEO_____ TELÉFONO de TRABAJO _____ NÚM CELULAR _____

PADRE_____EMPLEO ____ TELÉFONO de TRABAJO _____ NÚM CELULAR _____

CONDICIONES DE SALUD/NECESIDADES ESPECIALES – POR FAVOR

☐ ADD/ADHA ☐ FIBROSIS QUÍSTICA ☐ ANEMIA DREPANOCÍTICA ☐ OTRO_____
☐ ASMA ☐ DIABETES ☐ RETRASO EN EL DESARROLLO ☐ OTRO_____
☐ TRASTORNO DE HEMORRAGIA ☐ EPILEPSIA/CONVULCIONES
☐ CIRUGIA ☐ OTRO_____
☐ CÁNCER ☐ TRASTORNOS RENAL ☐ CONDICIONES PSIQUIATARIAS
☐ CONDICIONES CARDÍACAS

¿Se requeriren medicamentos o tratamientos en la escuela? ☐ SI ☐ NO

MEDICAMENTOS DIARIOS: EN CASA 1. _____ EN ESCUELA 1._____

2._____ 2. _____ _

DIABETES: ☐ TIPO I ☐ TIPO II

MEDICAMENTO DE EMERGENCIA: _____

MEDICAMENTOS DE EMERGENCIA: EPINEPHRINE (EPIPEN) ☐ CASA ☐ ESCUELA ☐ AMBOS

ALERGIAS: ☐ PICADURA DE INSECTOS ALERGIAS ESPECÍFICAS:
☐ Alimentos _____
☐ Medicina _____
☐ OTRO _____

EQUIPO ESPECIAL:

☐ GAFAS/ LENTES DE CONTACTO ☐ APARATOS ORTOPEDICOS PARA BRAZOS Y PIERNAS ☐ desfibrilador interno

☐ AUDIFONO ☐ TUBO GASTRICO ☐ CATÉTER ☐ otros equipos

☐ SILLA DE RUEDAS ☐ TRAQUEOTOMIA ☐ ESTIMULADOR VAGAL_____

Como lo requiere F.S. 1014.06(1), los padres deben autorizar la prestación de servicios de atención médica para su hijo/tutelado por un profesional de la salud, como se define en F.S. 456.001, o alguien bajo la supervisión directa de un profesional de la salud, en caso de que surja la necesidad de dicho tratamiento, mientras mi hijo/esta bajo la supervisión de la escuela.

Las tarjetas de salud han sido enmendadas para autorizar dichos tratamientos, incluidos, entre otros, lesiones o enfermedades mayores o menores informadas u observadas mientras el niño está en la escuela. Esto no autoriza la dispensación de medicamentos o exámenes escolares como la vista, la audición la escoliosis, o la altura y el peso. Estos servicios requieren un consentimiento por separado que se incluyó en la documentación de registro original.

¿Autoriza los servicios de salud? ☐Sí ☐No

HE LEÍDO ESTO CUIDADOSAMENTE Y SÉ QUE CONTIENE UNA AUTORIZACIÓN (Solo se requiere la firma de un padre/tutor)

Nombre del médico del estudiante:_____Teléfono:_____

Nombre del padre/madre/tutor legal (letra de imprenta):_____

Firma del padre/tutor legal:_____

Revisado:5/13//22