



Junta Escolar del Condado de Brevard, Florida

TARJETA DE SALUD

NOMBRE _____ DOB _____ GRADO _____ SEXO _____

APELLIDO _____ NOMBRE _____ APODO _____

DIRECCIÓN _____ TELÉFONO DE CASA _____

CALLE _____ CIUDAD _____ CÓDIGO POSTAL _____

PADRES/Guardian _____ EMPLEO _____ TELÉFONO de TRABAJO _____ NÚM CELULAR _____

PADRES/Guardian _____ EMPLEO _____ TELÉFONO de TRABAJO _____ NÚM CELULAR _____

CONDICIONES DE SALUD/NECESIDADES ESPECIALES – POR FAVOR

- ADD/ADHA, ASMA, TRASTORNO DE HEMORRAGIA, CIRUGIA, CONDICIONES PSIQUIATARIAS, FIBROSIS QUÍSTICA, DIABETES, CÁNCER, ANEMIA DREPANOCÍTICA, RETRASO EN EL DESARROLLO, EPILEPSIA/CONVULSIONES, TRASTORNOS RENAL, CONDICIONES CARDÍACAS, OTRO

¿Se requerirán 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 ALIMENTOS MEDICINA OTRO
ALERGIAS ESPECÍFICAS: _____

EQUIPO ESPECIAL:

- GAFAS/ LENTES DE CONTACTO, APARATOS ORTOPEDICOS PARA BRAZOS Y PIERNAS, AUDIFONO, SILLA DE RUEDAS, TUBO GASTRICO, TRAQUEOTOMIA, DESFIBRILADOR INTERNO, CATÉTER, ESTIMULADOR VAGAL, OTROS EQUIPOS

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: _____