

# HISTORIAL DE SALUD DEL ESTUDIANTE (2026-2027)



\*Este formulario debe ser completado por un PADRE/TUTOR **CADA AÑO** para CADA ESTUDIANTE

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Apellido del Estudiante      Primer Nombre      Medio Nombre      Fecha de Nacimiento      Grado Actual

\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_  
 #1 Nombre del padre/tutor (\*Será notificado PRIMERO)      Número de teléfono

\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_  
 #2 Nombre del padre/tutor      Número de teléfono

Nombre del médico/clínica de atención primaria: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Seguro de salud:  No  Sí

Compañía: \_\_\_\_\_ Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_

## ALERGIAS \*Su hijo tiene:

	NO	SÍ	POR FAVOR LISTA
¿Alergias a los ALIMENTOS?			
¿Alergias a los MEDICAMENTOS?			
¿Alergias a OTROS? (Látex, Abejas, Medio Ambiente)			

¿Su hijo tiene una **¿EPI-PEN O AUTOINYECTOR DE EPINEFRINA?**  No  Sí

¿Para qué alergia? \_\_\_\_\_

\*Por favor lea el **SOBRESALIR ALUMNO SALUD INFORMACIÓN** para requisitos de medicación. Contacte con el **Enfermera escolar** si tienes alguna pregunta.

## INFORMACIÓN MÉDICA Por favor verifique todas las condiciones médicas que se relacionan a su hijo(a):

- Infecciones de oído (recientes)
- Faringitis estreptocócica (reciente)
- Trastorno convulsivo
- Asma
- Otras sibilancias
- Alergias nasales
- Hemorragias nasales
- Trastorno celíaco
- migrañas
- Dolores de cabeza
- Reflujo gástrico
- Intolerancia a la lactosa
- Constipación
- TDAH
- Ansiedad
- Depresión
- Espectro autista
- Preocupaciones emocionales
- Anteojos
- Escoliosis
- Otras condición óseas
- Enfermedad renal
- Enfermedad cardíaca
- Diabetes:  Tipo 1  Tipo 2
- Trastorno hemorrágico
- Problema de visión:
- Lentes de contacto
- Problema de audición:
- Audífono

Cualquier Hospitalizaciones?  No  Sí

Cualquier Cirugías/Procedimientos?  No  Sí

Cualquier anterior **Conmociones cerebrales?**  No  Sí

Razón: \_\_\_\_\_

Razón: \_\_\_\_\_

Explicación: \_\_\_\_\_

Por favor, comente sobre cualquier condición que haya marcado o indique cualquier otra **preocupación de salud** que tenga:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo? **ASMA** (O OTRA CONDICIÓN QUE CAUSE IBILANCIAS)?  No  Sí

**En caso afirmativo** ¿Él/ella usa un **INHALADOR?**  No  Sí

\*\*Por favor, lea la **INFORMACIÓN DE SALUD DEL ESTUDIANTE DE EXCEL** para conocer los requisitos sobre medicamentos. Comuníquese con la enfermera escolar si tiene alguna pregunta.

**MEDICAMENTOS** Por favor enumere **TODOS** los medicamentos que su hijo/a toma regularmente (incluso en casa y en la escuela).

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS	TIEMPO(S) DADO(S)	CONDICIÓN

¿Su hijo/a necesitará tomar **algún medicamento recetado en la escuela?**  No  Sí

**\*En caso afirmativo,** \*Por favor, lea la **INFORMACIÓN DE SALUD DEL ESTUDIANTE DE EXCEL** para conocer los requisitos sobre medicamentos. Comuníquese con la enfermera escolar si tiene alguna pregunta.

**MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE (ADMINISTRADOS POR LA ENFERMERA ESCOLAR):**

En ocasiones, los estudiantes pueden no sentirse bien mientras están en la escuela o pueden sufrir una lesión menor. La Oficina de Salud mantiene varios **medicamentos de venta libre** para usarse cuando sea necesario y según lo determine la enfermera escolar. Si se administran, los padres serán notificados por teléfono, mensaje de texto o mediante una nota de la enfermera escolar. **Los padres pueden otorgar permiso para la administración de los siguientes medicamentos marcando las casillas y firmando a continuación, o si desean autorizar todos los medicamentos, solo deben firmar a continuación:**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acetaminofén (Tylenol)         | <input type="checkbox"/> Ibuprofeno (Motrin, Advil)                    | <input type="checkbox"/> Difenhidramina (Benadryl)                         |
| <input type="checkbox"/> Carbonato de calcio (TUMS)     | <input type="checkbox"/> Ungüento antibiótico (para cortes/raspaduras) | <input type="checkbox"/> Crema antipicazón (puede contener hidrocortisona) |
| <input type="checkbox"/> Pastillas para la tos/garganta | <input type="checkbox"/> Vaselina o bálsamo labial                     | <input type="checkbox"/> Cetirizina (Zyrtec)                               |

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**En caso de que mi hijo/a sufra una lesión o enfermedad que ponga en peligro su vida o que potencialmente ponga en peligro su vida** mientras se encuentre en la escuela o en un evento relacionado con la escuela, por la presente reconozco y entiendo que el personal de Excel Academy notificará a los servicios de emergencia correspondientes para que atiendan a mi hijo/a y lo/la trasladen a un hospital, médico o dentista sin requerir mi consentimiento previo adicional. Asimismo, libero a Excel Academy Charter School y a sus empleados, fideicomisarios, contratistas, voluntarios o agentes de toda responsabilidad que surja de sus actos u omisiones relacionados con dichas notificaciones y atención médica.

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**DEVUELVA ESTE FORMULARIO COMPLETO, EL FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO Y LOS REGISTROS DE VACUNACIÓN A LA ESCUELA DE SU HIJO**

Excel Academy Charter HS 401 Bremen Street Boston, MA 02128 P: 617-326-3574 F: 617-674-3427 dweaver@excelacademy.org	Excel Academy East Boston 58 Moore Street Boston, MA 02128 P: 617-874-4093 F: 617-419-1122 jharty@excelacademy.org	Excel Academy Greenway 375 Bremen St Boston, MA 02128 P: 617-561-1371 F: 617-674-3429 lbarrett@excelacademy.org	Excel Academy Chelsea 180 2 <sup>nd</sup> Street Chelsea, MA 02150 P: 617-336-9970 F: 617-399-6867 kfarren@excelacademy.org
---	---	--	--

Excel Academy RI Middle School 622 Woonasquatucket Ave North Providence, RI 02911 P: 401-680-6086 blavallee@excelacademy.org	Excel Academy RI High School 291 Westminster Street Providence, RI 02903 P: 615-513-3730 F: 401-213-8551
--	--