

ALPHA SCHOOL
INFORMACIÓN SOBRE SALUD Y MEDICAMENTOS PARA ESTUDIANTES
Año escolar 2025-2026

Es **NECESARIO** que sepamos si un estudiante toma medicamentos, incluso si solo se administran en casa, o si tiene algún problema de salud grave. **Esta información se mantendrá confidencial.** Si se enferma, sufre un accidente o necesita ser trasladado al hospital, es importante que el personal de emergencias tenga esta información. Además, si hay cambios en la medicación durante el año, notifique a la enfermera de inmediato para que podamos actualizar la información médica. Por favor, complete este formulario en su totalidad; escriba "n/a" en las secciones que no correspondan.

INFORMACIÓN SOBRE SALUD/MEDICAMENTOS

nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Su hijo toma algún medicamento, con o sin receta? Sí: _____ No: _____

En caso afirmativo, indique la dosis, la hora y el motivo del medicamento. (Use el reverso si necesita más espacio).

Medicamento	dosis	tiempo	razón

Por favor, marque con un círculo cualquier problema de salud.

Diabetes	Hipertensión	Historial de convulsiones	Asma	Déficit de audición	Déficit de visión
----------	--------------	---------------------------	------	---------------------	-------------------

Enumere **TODAS** las alergias a _____

Enumere **TODAS** las alergias alimentarias y ambientales: _____

Cualquier otra restricción alimentaria o inquietud dietética: _____

Enumere cualquier otro problema o condición de salud que debamos conocer, incluidos TDA, TDAH, autismo, problemas de salud mental, problemas gastrointestinales, etc. _____

¿Su hija usa lentes / lentes de contacto? Sí ___ No ___
para distancia? _____ para leer? _____

Médico/Pediatra del estudiante: _____ Número de teléfono: _____

Nombre del padre/tutor: _____

Firma del padre/tutor: _____

Fecha: _____