

EXPEDIENTE DE SALUD

Northern Illinois University, Lorado Taft Campus
(815) 732-2111, extensión 120

Nombre del estudiante: _____

Escuela: _____

Mi hijo(a) asistirá a Lorado Taft Campus desde el _____ hasta el _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Masculino _____ Femenino _____ Teléfono _____

Dirección _____
calle ciudad estado código postal

Nombre del padre/encargado _____ Teléfono trabajo del padre _____

Teléfono trabajo del encargado _____ Teléfono trabajo de la madre _____

Nombre y teléfono de un contacto alternativo _____

Nuestro médico familiar es _____ Número telefónico _____

Las respuestas a estas preguntas serán mantenidas confidencialmente. El propósito de estas preguntas es proveerle a nuestra enfermera la información de salud y seguridad sobre su hijo.

Importante – Por favor anote la fecha del último refuerzo contra el **Tétano** _____

2. ¿Está su hijo(a) bajo tratamiento médico actualmente? Sí _____ No _____

3. Información médica que la enfermera debe saber. (alergias, enfermedades, discapacidades físicas, sonámbulo(a), moja la cama, etc.) _____

4. **Dieta especial** (vegetariano, diabético, alergias a comidas, etc.) _____

5. **Medicamentos** – *Por este medio yo autorizo a mi hijo(a) a tomar medicamentos en Lorado Taft Field Campus bajo la supervisión del personal autorizado. Todos los medicamentos deben ser enviados en un envase apropiadamente identificado por una farmacia o médico y claramente identificado con el nombre del niño(a) e instrucciones de administración. SI SU HIJO(A) ES PUESTO BAJO MEDICAMENTOS LUEGO DE HABER DEVUELTO ESTA FORMA—ENVIE UNA NOTA CON EL NOMBRE DEL MEDICAMENTO, LAS INSTRUCCIONES DE ADMINISTRACIÓN Y LA FIRMA DEL PADRE/ENCARGADO.*

Requiere de un nuevo protocolo médico firmado médica nota con dosis exacta y la hora del día para cualquier inyección subcutánea, inyecciones intramusculares o nebulizador tratamientos.

POR FAVOR ENLISTE	Medicamento(s)	Instrucciones de administración (am o pm)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Excepción para administración de medicamentos: Los estudiantes con inhaladores de emergencia y “epi-pens” deben cargarlos todo el tiempo.

Yo doy permiso para que mi hijo(a) sea tratado(a) por la enfermera de Lorado Taft Campus o por un médico en caso de alguna emergencia.

Firma del padre o encargado _____ Fecha _____

Los medicamentos que serán administrados por personal autorizado deberán entregarse al maestro(a)/coordinador(a) antes de partir para asegurar su llegada a Lorado Taft Campus.