

Colegio San Agustín
OFICINA DE LA ENFERMERA ESCOLAR

Núm. Registro Familiar

FORMULARIO MÉDICO - CURSO ESCOLAR 20 ____ - 20 ____

El Colegio San Agustín establece como requisito para la matrícula de un estudiante que se someta el Formulario Médico debidamente cumplimentado en todas sus partes. La información solicitada en este documento es confidencial y para uso exclusivo de la Oficina de Enfermería. No podrá ser divulgada sin autorización previa del padre, madre o encargado(a). El formulario deber ser entregado a la Administración escolar **durante los primeros 10 días de clase del curso escolar**. También se requiere el Certificado de Inmunización PVAC-3.

PARTE A: INFORMACIÓN PARA SER COMPLETADA POR LOS PADRES

Nombre del estudiante _____

Edad _____ Género _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre _____ Inicial _____
Fecha de Nacimiento _____ Grado _____

Dirección Residencial _____ Tel. _____

Dirección Postal _____

Plan Médico _____ Núm de Póliza _____

Nombre de la Madre o Encargada _____ Tel. trabajo _____

Tel. cel. _____ ¿Vive el alumno con usted? Sí ___ No ___ ¿Tiene usted tutela legal? Sí ___ No ___

¿Existe una orden judicial en cuanto a la custodia del niño(a)? Sí ___ No ___

Nombre del Padre o Encargado _____ Tel. trabajo _____

Tel. cel. _____ ¿Vive el alumno con usted? Sí ___ No ___ ¿Tiene usted tutela legal? Sí ___ No ___

¿Existe una orden judicial en cuanto a la custodia del niño(a)? Sí ___ No ___

En caso de Emergencia llamar a:

Parentesco _____ Tel. _____ Cel. _____

Parentesco _____ Tel. _____ Cel. _____

PARTE B: AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES PARA TRATAMIENTO MÉDICO A ESTUDIANTES

En caso de emergencia, autorizo al personal del colegio San Agustín: Director(a), enfermero(a), maestro(a) o persona autorizada a ejercer su mejor juicio sobre el tratamiento indicado y las facilidades a usarse. De ser necesario, solicito que mi hijo(a) _____ sea llevado(a) al hospital más cercano y que se someta a cualquier tratamiento que a su juicio sea requerido para asegurar la salud y el bienestar de éste(a) en dicha ocasión.

Este permiso es concedido aún cuando yo u otro de los guardianes legales de mi hijo(a) no estén presentes o no puedan ser localizados en el momento en que dicho tratamiento sea necesario.

Acepto la responsabilidad por cualquier gasto médico incurrido de buena fe en beneficio de mi niño(a) y reembolsaré a la escuela a la mayor brevedad.

Firma del Padre / Madre / Encargado(a) _____ Fecha _____

PARTE C: AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES PARA EL USO DE MEDICAMENTOS A LOS ESTUDIANTES CON ASMA (Referencia Ley Núm. 56 del 1 de febrero de 2006 – Ley de Tratamiento de Estudiantes que padecen de Asma)

El estudiante _____ ha sido instruído(a) en el uso apropiado de inhalador para asma. Nosotros, (Médico, Padre(s), Encargado(s)): _____ solicitamos que el estudiante _____ sea autorizado para cargar el inhalador de asma consigo o para mantenerlo en su bulto o casillero, ya que lo(la) consideramos responsable. El/ella ha sido instruído(a) en y entiende el propósito y método y frecuencia apropiados de uso de su inhalador de asma.

Nosotros, los firmantes, liberamos al colegio de cualquier responsabilidad de salvaguardar el inhalador de asma de nuestro(a) hijo(a).

Firma del/los padre/s o encargado/s _____ Fecha _____
_____ Fecha _____

PARTE C: PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO

Certificado válido por el año escolar a partir de la firma y fecha del médico.

***Nota: Si el estudiante tiene una condición de diabetes deberá presentar certificación médica adicional explicando la situación del estudiante, su tratamiento (dieta especial) y las recomendaciones a seguir por la escuela.**

Favor de describir cualquier condición del estudiante:

1. Visión Normal anormal Describe _____
2. Audición Normal anormal Describe _____
3. Vías Respiratorias Normal anormal Describe _____
4. Problemas del habla, especifique) _____ Tratamiento _____
5. Diabetes * a. Dependiente de insulina b. Hipoglucémico (azúcar baja) c. Normal
6. ¿Tiene el estudiante alguna condición que le limite
 - a. Realizar actividades dentro de la sala de clase? Sí No Describe _____
 - b. Realizar ejercicios físicos en la clase de Educación Física? Sí No Describe _____
 - c. Participar en equipos o competencias atléticas? Sí No Describe _____
7. Alergias a. Medicamentos b. Alimentos c. Otras Describe _____
8. ¿Padece de condiciones de pérdida de conocimiento o desmayo, epilepsia o convulsiones? Sí No
Describe _____ Medicamento _____
9. Otras Condiciones:
 - a. Corazón Sí No Describe _____ Medicamento _____
 - b. Riñones Sí No Describe _____ Medicamento _____
 - c. Emocional o mental Sí No Describe _____ Medicamento _____
 - d. Impedimento Físico Sí No Describe _____ Medicamento _____
 - e. Déficit de Atención Sí No Describe _____
Tratamiento _____
 - f. Hiperactividad Sí No Describe _____
Tratamiento _____
10. ¿Hay alguna razón para sospechar de algún problema académico? Sí No Describe _____
11. ¿Están las vacunas al día? Sí No Indique cuál falta _____

CERTIFICACIÓN

Comentarios del Médico: _____

Nombre del Médico _____ Dirección _____

Firma _____ Número de licencia _____ Fecha _____

PARA USO DE LA OFICINA DE ENFERMERÍA- COLEGIO SAN AGUSTIN, CABO ROJO, PR

RECIBIDO Y APROBADO POR:

Firma de la Enfermera _____ Fecha _____