

**CONFIDENCIAL**

Covenant Keepers Charter School

ID del Estudiante

Nombre del Estudiante	Fecha de Nacimiento	Grado	# de Contacto
<b>Diagnóstico de Salud</b>		<b>Medicamentos</b>	
Marque todo lo aplicable (incluya la fecha diagnosticado):		Todos los medicamentos deben administrarse en el hogar a menos que se dé más de 3 veces al día o en un momento determinado como se indica en la botella de la prescripción. <b>No medicamentos serán dados sin receta médica (OTC).</b>	
ADHD/ADD	<input type="checkbox"/>	Medicamentos en Casa, dosis, y fecha de comienzó	
Asma (Plan de acción requerido)	<input type="checkbox"/>	1.	Fecha
Diabetes	<input type="checkbox"/>	2.	Fecha
Enfermedad del Corazón	<input type="checkbox"/>	3.	Fecha
Enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/>	Medicamentos en la escuela, dosis y fecha de comienzo (Debe completar el formulario de consentimiento de la escuela)	
Convulsiones - Fecha de la Reciente Convulcion:		1.	Fecha
Cirugías Pasadas		2.	Fecha
_____ Fecha: _____		Posibles efectos secundarios de los medicamentos:	
_____ Fecha: _____			
Otro Diagnóstico(s)			
<b>Alergias</b>			
(lista de alergias conocidas para cada categoría)			
Marque aquí si no hay alergias conocidas <input type="checkbox"/> No alergias			
Alergias Estacionales:			
Alergias de Comida:			
<i>Forma de dieta y el Plan de alergia a la comida deben ser completado por el médico del niño y deben entregarse a la enfermera de la escuela antes que se pueda hacer modificaciones de nutrición.</i>			
Epi-Pen proporcionado <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Alergias a Medicamentos			
Otras Alergias:			
<b>Dudas de Comportamiento/Mentales/Emocionales</b>			
Diagnóstico			
Médico			
Terapeuta			
Se concede permiso para dar los siguientes medicamentos solamente en una situación de emergencia: epinefrina, Benadryl, albuterol.			
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
<b>Procedimientos de Salud requeridos o Servicios Especiales</b>			
IMPORTANTE: El doctor debe llenar el formulario de Plan de Salud Individual (disponible en la oficina) y los procedimientos deben estar en su lugar antes del primer día de clases del estudiante.			
Lista de Procedimientos			
Seguros/Cuidado de Salud Información de Proveedores			
ARKids/Medicaid (circule uno)		Si	No
Si, si de el número de ID			
Seguro privado (circule uno)		Si	No
Si, si de el nombre de la compañía de seguros			
Marque aquí si su hijo no tiene seguro médico		<input type="checkbox"/>	No Seguro
Doctor de los ojos/ofthalmólogo			
¿Usa lentes el estudiante?		Si	No
Si, si solo para leer?		Si	No
¿Usa lentes de contacto?		Si	No
Dentista			
Doctor y/o Clinica		Número de teléfono	
Hospital de Preferencia			

**Consentimiento Paterno**

Doy mi consentimiento para el tratamiento médico de emergencia. Yo entiendo que seré responsable del pago de cualquier y todos los servicios de atención médica, incluyendo pero no limitado a la atención de emergencia que no está cubierta por el seguro de salud del estudiante. Doy mi consentimiento para que esta información sea compartida con el maestro de mi hijo y el personal escolar apropiado. Certifico que toda la información proporcionada es correcta.

Firma del Padre:

Fecha: