



Departamento de Servicios de Salud

12465 Warwick Boulevard, Newport News, VA 23606

teléfono: 757-591-4646 Fax: 757-595-2017

HOJA INFORMACIÓN DE SALUD DEL ALUMNO

Fecha: _____ Escuela: _____ # Estudiantil: _____

Nombre del alumno: _____ Fecha de nacimiento: _____

Ultima escuela que asistió en Newport News: _____ año: _____

¿Tiene su hijo algún problema crónico o médico (alergias, asma, diabetes, migrañas, etc.)? De ser así, por favor indique sus problemas a continuación: _____

¿Está bajo cuidado médico por éstos o algún otro problema médico? _____

¿Toma su hijo algún medicamento y necesita tomarlos o tenerlos disponible en la escuela (como inhalador de asma, epinefrina, Ritalin)? _____

Para cualquier medicamento (recetado y/o sin recetas) que deba ser administrado en la escuela, usted debe proporcionar receta médica actualizada. Las recetas deben ser renovadas a principios de cada año escolar. Es importante informarle a su enfermera escolar qué medicamentos su hijo toma en caso de una emergencia.

Firma de padre/tutor legal

Número teléfono donde puede ser contactado

Por favor, póngase en contacto con la enfermera escolar si su hijo si tiene algún problema médico que necesite su atención durante horario escolar o que pueda afectar su habilidad de aprendizaje.

SUMMARY OF SCREENING FOR INITIAL ENROLLMENT

Speech/Language/Voice		
DATE: _____	TESTING ADMINISTRATOR: _____	
PASS: _____	FAIL: _____	
Fine Motor/Gross Motor		
LOCATION of TESTING: _____	TESTING ADMINISTRATOR: _____	
FM - PASS: _____	FAIL: _____	DATE: _____
GM - PASS: _____	FAIL: _____	DATE: _____

Additional Health Information available electronically within the Student Information System

•Medication/Treatment Orders •Clinic Logs •Health Screenings

Student Health Cards – phased out 07/01/2014 and maintained in Part I of the Student's Educational Record.