



SISTEMAS DE CENTROS DE INNOVACIÓN TECNOLÓGICA Y AGRÍCOLA  
FORMULARIO DE INFORMACIÓN SOBRE  
LA SALUD DEL ESTUDIANTE



AD-05

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
Año escolar: \_\_\_\_\_

**AFECCIONES DE SALUD DEL ESTUDIANTE**

Marque todas las casillas que correspondan al estudiante:

**Alergias:** SI  NO

Si su respuesta es sí, marca y especifica el tipo según las opciones a continuación:

Tipo de alergia:

- Alimentos Indique alimentos \_\_\_\_\_  
 Medicamentos Indique los medicamentos \_\_\_\_\_  
 Picaduras de abejas o insectos \_\_\_\_\_  
 Indique otras alergias \_\_\_\_\_

**Restricciones de alimentos**  Si  No

Si su respuesta es sí, marca y especifica el tipo según las opciones a continuación:

- Debido a malestar gastrointestinal (digestivo) Indique los alimentos \_\_\_\_\_  
 Por preferencias religiosas o de otra índole \_\_\_\_\_

Padece el niño de otra afección física o enfermedad en la cual requiera que utilice lo siguiente en la Institución:

**Otras afecciones de salud**  SI  NO

Nombre de la enfermedad: \_\_\_\_\_

Medicamentos:  Si  No Indique los medicamentos \_\_\_\_\_

Procedimientos Especiales:  Si  No Indique los procedimientos \_\_\_\_\_

**Afecciones de la vista**  Si  No

- Anteojos  
 Lentes de contacto  
 Otro

**Afecciones auditivas**  Si  No

- Audífono  
 Otro

**AUTORIZACION DEL PADRE/TUTOR**

**Ante una emergencia, se realizarán todos los intentos para comunicarse con un padre, tutor legal o contacto de emergencia. Según el tipo de emergencia el personal del centro trasladará al estudiante a la sala de emergencia más cercana, a menos que el padre se encuentre en las instalaciones para asumir la responsabilidad del niño.**

El padre o tutor legal es responsable de proveer a la escuela cualquier medicamento, alimento especial, suministros o equipo que el estudiante requiera durante el año lectivo. Verifique con el personal de salud de la escuela o con el personal de admisiones para obtener los formularios de procedimientos y medicamentos correctos. Si se indica un plan de atención médica individual, el padre o tutor legal es responsable de brindar a la escuela la información necesaria incluyendo formularios de autorización y de consentimiento escrito para intercambiar información con el médico del niño.

Yo, \_\_\_\_\_ (si \_\_) (no \_\_) autorizo al proveedor de atención médica de mi hijo y al proveedor de atención médica designado en la escuela para que analicen asuntos relacionados con la salud de mi hijo y/o intercambien información vertida en este formulario, a la vez que autorizo que mi hijo pueda ser evaluado en Brigadas médicas programadas por la institución.

Esta información estará vigente hasta o a menos que usted la retire. Usted puede retirar su autorización en cualquier momento si se comunica con la escuela. Cuando se publica información del registro de su hijo, la documentación de la publicación se reserva el registro de salud de su hijo.

**Firma del padre/tutor** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_