

Por favor, no llene este formulario. Este formulario debe utilizarse solo como referencia.

(1) OFICINA DE SALUD ESCOLAR
Formulario de Salud Escolar (SH-10)

(2) Escuela

(3) Fecha

(4) Estimado padre o tutor de

(5) Clase

(6) Fecha de nacimiento

(7) Asunto: Visita a la sala médica

(8) OSIS

(9) Su hijo(a) fue atendido(a) en la sala médica hoy, a la(s) ___ a.m./p.m., debido a:

(a) Abrasión

(m) Fiebre: °F

(b) Molestia/Dolor

(n) Dolor de cabeza/Mareos

(c) Síntomas de alergia

(o) Náuseas/Vómitos

(d) Ojos: Ardor / Enrojecidos / Lagrimosos

(p) Sangrado por la nariz

(e) Nariz: Ardor / Goteo / Congestión / Estornudos

(q) Dolor

(f) Garganta: Irritación / Comezón

(r) Erupción

(g) Mordida

(s) Piel: Ardor / Resequedad / Irritación

(h) Corte

(t) Dolor de garganta

(i) Tos/Gripe

(u) Dolor de estómago

(j) Dolor de oído: Derecho / Izquierdo

(v) Cansancio/Fatiga

(k) Ojo: Derecho / Izquierdo

(w) Dolor de muelas

(l) Problemas de la vista: Derecho / Izquierdo

(x) Trauma

(y) Otro (especifique):

(10) Tratamiento aplicado:

(a) Bolsa de hielo

(e) Presión para detener el sangrado

(b) Curita

(f) Se limpió el área afectada con agua y jabón

(c) Compresas frías

(g) Líquidos: Agua/Jugo

(d) Comida/Snack

(11) Recomendaciones:

(a) Consulte a su médico/dentista para una evaluación.

(b) Su hijo(a) debe quedarse en casa hasta que la temperatura se haya normalizado por 24 horas.

(c) Su hijo(a) debe quedarse en casa hasta que los ojos no tengan secreciones.

(d) Su hijo(a) debe quedarse en casa hasta que no haya vomitado durante 24 horas.

(e) Actualice su tarjeta de contactos para emergencias con los datos de los padres (**no pudimos comunicarnos con usted**).

(f) Entregue el **Formulario de examen médico para nuevos estudiantes (CH205)**.

(12) Comuníquese con su proveedor de salud para una evaluación:

(a) Si su hijo(a) se queja de dolor de cabeza, mareos, náuseas o somnolencia.

(b) Si el área afectada está inflamada o si tiene mucho dolor.

(c) Si el dolor o la afección continúan.

(13) Comentarios adicionales:

(14) ATENDIDO(A) POR (Nombre y cargo)

(15) N.º DE TELÉFONO:

Para obtener ayuda con la traducción de este formulario, visite <http://www.tinyurl.com/DOEHealthServices>, comuníquese con su escuela o use una herramienta de traducción automática.