

# SOLICITUD DE MEMBRESÍA 2018-2019 PARA EL PROGRAMA ESTUDIANTE SALUDABLE

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_ Grado \_\_\_\_ Fecha nacimiento \_\_\_\_\_  
(Apellido, nombre, inicial)

Estudiante # \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono hogar \_\_\_\_\_

PERSONA A CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA:

Nombre del padre/madre/encargado legal	Lugar de trabajo	Teléfono trabajo
Persona alterna que puede ser llamada	Teléfono hogar	Teléfono celular

## HISTORIAL MÉDICO DEL ESTUDIANTE

Indique cualquier ALERGIA a medicamentos o alimentos \_\_\_\_\_

Indique cualquier CIRUGÍA/HOSPITALIZACIÓN que el estudiante haya tenido \_\_\_\_\_

Indique MEDICINAS que usa al presente \_\_\_\_\_

Indique PROBLEMAS DE SALUD/MÉDICOS del estudiante \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR:** (Marque todo lo que corresponda e indique cuál miembro de la familia tiene/ha tenido esa condición)

Presión sanguínea alta \_\_\_\_\_ Tuberculosis \_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_

Epilepsia \_\_\_\_\_ Célula *Sickle* \_\_\_\_\_ Cáncer \_\_\_\_\_

Problemas cardiacos \_\_\_\_\_ Asma \_\_\_\_\_ Artritis \_\_\_\_\_

Nombre del médico de familia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del dentista de familia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Fecha del último examen físico \_\_\_\_\_ Examen dental \_\_\_\_\_

## DECLARACIÓN DE INSCRIPCIÓN

Nosotros estamos de acuerdo en inscribir a \_\_\_\_\_ en el Programa Estudiante Saludable. Entendemos que el programa ofrece un rango limitado de servicios de CONSEJOS SOBRE LA SALUD, según sea necesario. También entendemos que estos servicios NO SUSTITUYEN los servicios de nuestro médico de familia. En caso de accidente o enfermedad grave, se seguirán las normas escolares que aparecen en la Tarjeta de Información de Emergencia de la escuela. De igual forma, entendemos que la información sobre el estudiante es confidencial, excepto en aquellas instancias donde los profesionales están obligados por ley a reportar cualquier abuso infantil, amenaza de muerte, riesgo de suicidio, o preocupaciones de salud pública.

Firma del padre/madre/encargado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_