

# COLEGIO DE LAS ESCLAVAS DEL S.C. DE JESÚS

www.colegiolasesclavas.edu.pa email: colescj@cwpanama.net

TELÉFONOS: 317-0048 / 317-0049

ENFERMERÍA ESCOLAR

RECORD DE SALUD DE LA ESTUDIANTE

## INSTRUCCIONES:

Complete los datos con letra legible y cuando se presente algún cambio en la salud de su hija, comuníquelo a la enfermera.

## DATOS GENERALES:

NOMBRE DE LA ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ TIPO SANGRE: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PADRE: \_\_\_\_\_

TELÉFONOS: CASA: \_\_\_\_\_ TRABAJO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA MADRE: \_\_\_\_\_

TELÉFONOS: CASA: \_\_\_\_\_ TRABAJO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

AUTORIZO REMITIRLA A LA CLÍNICA/HOSPITAL: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE SALUD:

ESCRIBA LAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD QUE TIENE SU HIJA. EJEMPLO: ASMA, DIABETES, ENFERMEDADES CARDIACAS, PROBLEMAS EN OJOS, PIEL, ETC.

EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ES SU HIJA ALÉRGICA A: MEDICAMENTO: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ ALIMENTO: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ PICADURA DE INSECTO

OTROS: \_\_\_\_\_

EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿TIENE SU HIJA UN TRATAMIENTO PERMANENTE DE MEDICACIÓN DIARIA? SI: \_\_\_\_ NO: \_\_\_\_

EJEMPLO: RITALINA (ANEXE COPIA DE LA RECETA MÉDICA EN CASO DE QUE SE NECESITE DAR EL MEDICAMENTO EN EL HORARIO DE ENFERMERÍA.

TIPO DE TRATAMIENTO MÉDICO DIARIO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN: (ANEXE FOTOCOPIA DE LA TARJETA DE VACUNACIÓN)

NOMBRE / VACUNA	FECHA ÚLTIMA DOSIS	NOMBRE / VACUNA	FECHA ÚLTIMA DOSIS
BCG		HEPATITIS A	
POLIO ORAL		HEPATITIS B	
DIFTERIA, TÉTANO Y TOSFERINA (DPT)		INFLUENZA	
SARAMPIÓN, PAPERAS, RUBEOLA (MMR)			

OTRAS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FIRMA DE LA PERSONA

RESPONSABLE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_