

EXPEDIENTE DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante: (Apellido) _____ (Primer nombre) _____

Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

¿Su estudiante tiene alguna condición de salud QUE AMENACE A SU VIDA? Sí No

La ley estatal requiere que los estudiantes con condiciones que amenacen a su vida como la anafilaxia, un asma severa, diabetes o las convulsiones cuenten con un plan de cuidado completo antes de su primer día escolar. Comuníquese con la enfermera escolar lo más pronto posible para completar los formularios necesarios.

HISTORIAL MÉDICO (Marque todas las opciones que le apliquen)

<p>Condiciones que amenazan la vida: (Plan de cuidado REQUERIDO)</p> <p><input type="checkbox"/> Anafilaxia (Epinephrine prescrito) Alergénicos: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes Tipo 1</p> <p><input type="checkbox"/> Convulsiones (Medicamento de emergencia requerido)</p> <p><input type="checkbox"/> Asma – Severo</p> <p><input type="checkbox"/> Otras condiciones que amenacen la vida: _____</p> <p>Congnital / Genético</p> <p><input type="checkbox"/> Síndrome de Down</p> <p><input type="checkbox"/> Trastorno del espectro alcohólico fetal</p> <p><input type="checkbox"/> Por favor anote: _____</p> <p>Sangre / Hematología</p> <p><input type="checkbox"/> Anemia</p> <p><input type="checkbox"/> Hemofilia</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> de enfermedad <input type="checkbox"/> de células falciformes</p> <p><input type="checkbox"/> Historia de sangrados severos por la nariz</p> <p><input type="checkbox"/> Otras condiciones sanguíneas: _____</p> <p>Cardíaco/ Corazón</p> <p><input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento del corazón</p> <p><input type="checkbox"/> Soplo cardíaco</p> <p><input type="checkbox"/> Otras condiciones cardiovasculares: _____</p> <p>Alergias, Sistema Inmune, Endócrino, Metabólico y Nutricional</p> <p><input type="checkbox"/> Alergia – Alimentos</p> <p><input type="checkbox"/> Alergia – Insectos</p> <p><input type="checkbox"/> Alergia – Otros - Anote: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes Tipo 2</p> <p><input type="checkbox"/> Restricción de alimentos: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Otros endocrino, sistema inmune, nutricional o metabólico: _____</p> <p>Gastrointestinal, Dental y Oral</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad celiaca</p> <p><input type="checkbox"/> Intolerancia a alimentos – Anote lista: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Intolerancia a la lactosa</p> <p><input type="checkbox"/> Encopresis</p> <p><input type="checkbox"/> Constipación crónica</p> <p><input type="checkbox"/> Reflujo gástrico</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad intestinal inflamatoria: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Síndrome del intestino irritable</p> <p><input type="checkbox"/> Otra condición gastrointestinal, dental y oral: _____</p> <p>Musculoesquelético</p> <p><input type="checkbox"/> Reumatoides juvenil/ Artritis idiopática</p> <p><input type="checkbox"/> Otra condición musculoesquelético: _____</p> <p>Cáncer / Tumor</p> <p><input type="checkbox"/> Por favor anote: _____</p>	<p>Sistema Nervioso</p> <p><input type="checkbox"/> ADHD</p> <p><input type="checkbox"/> Trastorno del espectro autista</p> <p><input type="checkbox"/> Parálisis cerebral</p> <p><input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo</p> <p><input type="checkbox"/> Migrañas</p> <p><input type="checkbox"/> Dolores de cabeza recurrentes</p> <p><input type="checkbox"/> Trastornos convulsivos <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Histórico. Tipo: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Daño / lesión cerebral traumática</p> <p><input type="checkbox"/> Otra condición neurológica: _____</p> <p>Transplante</p> <p><input type="checkbox"/> Anote órganos: _____</p> <p>Salud mental o del comportamiento</p> <p><input type="checkbox"/> Ansiedad</p> <p><input type="checkbox"/> Depresión</p> <p><input type="checkbox"/> Trastorno del sueño</p> <p><input type="checkbox"/> Otra condición de salud mental o del comportamiento _____</p> <p>Respiratorio/ Respiración</p> <p><input type="checkbox"/> Asma – Actual</p> <p><input type="checkbox"/> Asma – Alguna vez diagnosticado</p> <p><input type="checkbox"/> Asma – Inducido por el ejercicio</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad reactiva de las vías respiratorias</p> <p><input type="checkbox"/> Otras condiciones respiratorias: _____</p> <p>Piel</p> <p><input type="checkbox"/> Eczema <input type="checkbox"/> Dermatitis por contacto <input type="checkbox"/> Psoriasis</p> <p><input type="checkbox"/> Otras condiciones de la piel: _____</p> <p>Renal / Riñón</p> <p><input type="checkbox"/> Por favor anote: _____</p> <p>Oído / Auditivo</p> <p><input type="checkbox"/> Infecciones crónicas del oído <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Histórico</p> <p><input type="checkbox"/> Deficiencia auditiva _____</p> <p><input type="checkbox"/> Dispositivo auditivo: _____ <input type="checkbox"/> Implante coclear _____</p> <p><input type="checkbox"/> Otra condición del oído: _____</p> <p>Ojos / Vista</p> <p><input type="checkbox"/> Anteojos <input type="checkbox"/> Lentes de contacto</p> <p><input type="checkbox"/> Deficiencia de visión cromática o del color</p> <p><input type="checkbox"/> Deficiencia visual</p> <p><input type="checkbox"/> Otra condición en los ojos: _____</p> <p>Otras condiciones de salud:</p>
---	--

No se le conoce algún problema de salud

Por favor anote sus iniciales _____

EXPEDIENTE DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante: (Apellido) _____ Primer (nombre) _____ Fecha de nacimiento _____

MEDICAMENTOS

Por favor indique todos los medicamentos que su estudiante toma en casa y/o en la escuela.

¿Se necesita medicamento en casa?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Por favor anote:
¿Se necesita medicamento en la escuela? Se REQUIERE tener completos todos los documentos de los medicamentos en la escuela.	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Por favor anote:
La ley estatal requiere de un permiso por escrito de los tutores legales y de un proveedor de atención a la salud antes de que cualquier medicamento (recetado o sin receta médica) pueda ser tomado en la escuela. Los formularios están disponibles en la oficina escolar o en el sitio web de nuestro distrito, y deberá ser completada de manera anual.			

<p>Dispositivos médicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Estimulador del nervio vago <input type="checkbox"/> Defibrilador cardiaco automático e interno <input type="checkbox"/> Marcapasos <input type="checkbox"/> Sonda gástrica <input type="checkbox"/> Sonda de yeyunostomía <input type="checkbox"/> Fédula (brace) <input type="checkbox"/> Anote prótesis: _____ <input type="checkbox"/> Otros dispositivos médicos: _____ 	<p>Estoma</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Gastrostomía <input type="checkbox"/> Colostomía <input type="checkbox"/> Traqueostomía <input type="checkbox"/> Urostomía <input type="checkbox"/> Otra: _____ <p>Problemas de actividad física/ de movilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Muletas <input type="checkbox"/> Otro -anote: _____
---	---

Entiendo que la información que he proveído será compartida con el personal escolar apropiado que necesita saber esta información por la salud y seguridad de mi estudiante. Si los padres/tutores o contactos de emergencia autorizados no pueden ser localizados en el momento de una emergencia médica, y si la atención médica es urgente a juicio de las autoridades escolares, autorizo y doy dirección a las autoridades escolares de que envíen al estudiante al hospital o con el proveedor de atención a la salud más fácil de acceder. Entiendo que asumiré la responsabilidad total del pago de cualquier servicio que se haga. **Entiendo que la ley de Washington requiere que las inmunizaciones o vacunas de mi estudiante estén al corriente o condicionadas antes de comenzar la escuela.** Le doy permiso a la escuela de mi hijo(a) que agregue la información de las vacunas al Sistema de Información de Inmunización para ayudar a la escuela a que mantenga el expediente de mi hijo(a).

Firma de padres/tutores legal: _____ Fecha: _____

Solo para uso de la oficina:

IMMUNIZATION VERIFICATION / VERIFICACIÓN DE INMUNIZACIÓN

WAIIS # _____ CIS Series: Preschool Grade K-6 Grade 7-8 Grade 9-12

Immunization Status is COMPLETE on the WAIIS Certificate of Immunization Status (CIS).

OR

Immunization Status is CONDITIONAL on the WAIIS CIS and the conditional status expiration date is after the first day of attendance.

Parent/Guardian has signed the conditional status acknowledgement on the CIS.

OR

Student is not in WAIIS. **Medically verified immunization records must be provided.**

Medically verified immunization records provided Permission to enter statement signed

OR

Certificate of Exemption (COE) provided for all vaccines not in compliance on WAIIS CIS or in WAIIS.

COE is fully completed Permission to enter statement signed

OR

Immunization Status is NOT COMPLETE on the WAIIS CIS. **Student may not start school until documentation of missing immunizations is received that will change the CIS status to COMPLETE or CONDITIONAL.**

Staff who verified immunizations: _____ Date: _____