



Servicios de Salud

FORMA DE REGISTRO DE SALUD

Nombre del Estudiante _____ Grado _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre de Padre/Tutor _____ Teléfono (Casa) _____ (Trabajo) _____

Seguro Médico Sí No

Le siguiente información se considera confidencial, y es para el uso de los maestros, el director, la enfermera escolar, u otros empleados que tengan responsabilidad y contacto con su hijo/a durante las horas de clase. Por favor, llama a la enfermera si Ud. Prefiere hablar personalmente sobre la siguiente información.

Mi hijo/a tiene una condición de salud que amenaza su vida Sí No

Si Ud. Respondió con "sí", la ley de Estado de Washington requiere que los medicamentos, ordenes de tratamientos y/o plan para el cuidado de la salud estén al corriente antes del primer día de la escuela. Los estudiantes con una condición de riesgo tendrá un Plan de cuidado de emergencia, bajo la Sección 504 de la Ley de rehabilitación. La enfermera de la escuela desarrollará un plan con las aportaciones de los padres de familia, médico y otro personal de la escuela como sea necesario antes de que el estudiante asista a la escuela. Su firma en esta forma concede permiso para iniciar este proceso.

Alergias Ninguna Plantas Alimentos Abejas / Insectos Animales Otro

Favor de describir la reacción _____

Asma No Sí Provocado por _____

	No	Sí	EXPLIQUE
Convulsiones /Ataques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Autismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedades Cardiacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Salud Mental (ej. depresión /Ansiedad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (ADHD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas de huesos, coyunturas, músculos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dolor frecuente de estómago/cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Infecciones frecuente del oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas Auditivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas Visuales (anteojos / lentes de contacto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Otro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Toma el estudiante medicamento de cualquier tipo? No Sí en la casa en la escuela Explique _____

Los alumnos que requieren medicamentos (sin o con receta) en la escuela **deberán** tener una orden médica y el consentimiento por escrito de sus padres. **Todos los Ordenes de Medicamentos se tienen que renovar CADA AÑO ESCOLAR.**
Las formas están disponibles en la oficina de la escuela o en el sitio web: www.nsd.org

Firma de padre/madre/guardián _____ Fecha _____