

INFORMACION DE SALUD

La información en este formulario debe ser llenada (actualizada) cada año escolar.
Por favor complete y regrese a la enfermera de la escuela lo más pronto posible.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino

Escuela: _____ Grado: _____ Fecha: _____

Mi hijo NO TIENE problemas de salud/condiciones. (Vaya a la parte "D" si lo ha marcado)

A. PROBLEMAS DE SALUD ESPECIALES

◆ **Lista de medicamentos:** _____

* **Diabetes**—Fecha del diagnóstico: _____ **Mi hijo tiene:** bomba de insulina pluma de insulina inyección de insulina

* **Trastorno convulsivo:** Mi hijo necesita medicamentos de emergencia para **Convulsiones.**

Plan de cuidado de salud especial- Mi hijo tiene necesidad de cuidado de salud especial tal como— silla de rueda, sonda de alimentación, tubo respiratorio, catéter, tubos intravenosos u otros. Por favor describa la condición de su hijo:

B. CONDICIONES DE VIDA O MUERTE

◆ **Lista de medicamentos:** _____

* **ASMA** ***Severa (Si marca esta caja, por favor conteste las siguientes preguntas):**

Si **No** ¿Su hijo necesita usar un inhalador de rescate rutinariamente para síntomas de asma?

Si **No** ¿Su hijo ha estado hospitalizado por asma durante el último año?

Si **No** ¿Su hijo ha usado esteroides (Prednisona) por asma durante el último año?

Si "Sí" a lo anterior por favor liste que lo provoca: Comida Animales Polen Polvo Ejercicio Otro _____

Si "No" a lo anterior o si su hijo tiene asma leve o moderada, vea el cuadro siguiente "Historial clínico"—No amenazante de la vida

* **ALERGIA/ANAFILAXIA** ***Severa (el niño tiene una receta para Epinefrina— ejemplo: Epipen, AUVI-Q)**

(si su hijo tiene asma leve o moderada, vea el cuadro a continuación "Historial clínico"—No amenazante de la vida)

Por favor liste los Alérgenos (por ejemplo: pescado, nueces) _____

Reacción a la exposición: Dificultad al respirar Sarpullido Inflamación de labios, lengua o boca Comezón Otro _____

C. CONDICIONES DE SALUD-NO AMENAZANTE DE LA VIDA

◆ **Lista de medicamentos:** _____

Marque cualquiera de las siguientes condiciones que su hijo ha tenido o puede tener:

Asma (Leve / Moderada / Asma por ejercicio – circule uno)

Alergias (Leve / Moderada – circule uno) Alérgenos: _____

Preocupación auditiva: Audífonos: **No / Si:** ___I ADD/THDA Dental Lesión grave

___D Trastorno sanguíneo Depresión/Ansiedad Cáncer

Preocupación de la visión: Lentes ___ Contactos ___ Intestino/vejiga Comportamiento Socio/Emocional

Otro _____ Preocupaciones corazón/Cardíaco Preocupaciones ortopédica/hueso

◆ **Los estudiantes que requieren medicamentos durante el día escolar (recetas, medicamentos sin receta médica o hierbas)**

DEBEN tener el formulario de Autorización médica (MAF) de su proveedor de salud con firma del padre.

D. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL HISTORIAL DE SALUD

Esta información sobre la salud del estudiante con la escuela, se limita a la información necesaria para las necesidades de salud o educativos del estudiante. Su firma le otorga permiso a la enfermera de la escuela para compartir esta información con el personal de la escuela según las necesidades de conocer las precauciones, los procedimientos y los planes de emergencia para proteger a su hijo en la escuela. Además, usted está de acuerdo de notificar a la escuela sobre cualquier **cambio importante** en la condición física de su estudiante.

Nombre del padre/tutor _____ Firma del padre/tutor: _____

Número de teléfono: _____ Número de teléfono alternativo: _____