



Formulario sobre la Información de Salud

Nombre del Estudiante: _____
(Apellidos) (Nombre)

Fecha de Nacimiento: _____ Escuela: _____ Grado/Programa: _____

Problemas de Salud o Discapacidad: Por favor, indique si su hijo tiene alguna de las siguientes condiciones y explique:

No hay Problemas de Salud

Reacciones alérgicas de las que debemos estar conscientes en la escuela (¿a qué?) _____

(Describa la reacción) _____ Medicamento (ver abajo)

Si su hijo necesitara un epi-pen, deberá completar un formulario de consentimiento firmado por su pediatra.

Trastorno de Atención: ADD (Trastorno de Déficit de Atención) ADHD (Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad) Medicamento (ver abajo) No toma medicamento para ADD/ADHD

Asma Motivador conocido: _____ Medicamento (ver abajo)

Trastorno del Espectro Autista, edad de su hijo cuando recibió el diagnóstico _____

Diabetes: Tipo 1 Tipo 2 Inyecciones de Insulina Bomba de Insulina Medicamento en forma oral

Problemas de corazón (describa) _____

Pérdida de Audición: Oído derecho Oído izquierdo Aparatos auditivos: Oído derecho Oído izquierdo

Vista: Usa anteojos/lentes de contacto Los usa solamente en la clase Están perdidos/rotos

Problemas Neurológicos _____

Convulsiones: Tipo: _____ Fecha de la última convulsión: _____

Cirugía u Hospitalización Reciente: Explique _____

Problemas de Salud Mental _____

Otro problema de salud o información de salud adicional: _____

Emergencias: ¿Tiene su hijo algún problema de salud que podría resultar en una emergencia? SI NO

En caso afirmativo, por favor, describa: _____

Medicamentos: Enliste TODOS los medicamentos que su hijo toma diariamente o según sea necesario.

* Los formularios de consentimiento se requieren anualmente para TODOS los medicamentos administrados en la escuela. Los formularios están disponibles en línea o en la enfermería de la escuela.

Table with 4 columns: Nombre del Medicamento, Propósito, Dosis, Con qué Frecuencia lo toma

¿Necesita su hijo una dieta especial? SI NO En caso afirmativo, describa: _____

Preescolar y Kinder: ¿Ya tuvo su hijo la Evaluación de Edad Temprana? SI NO

En caso afirmativo, lugar y fecha de la evaluación: _____

¿Tiene algún comentario o información que pueda ayudar a cuidar de las necesidades de salud de su hijo en la escuela? _____

La información anterior es útil para establecer una descripción detallada de las necesidades de salud y seguridad de su hijo en la escuela. La información de este formulario se ingresará en el sistema de datos con seguridad electrónica del distrito y se considera confidencial. No habrá consecuencias por no proporcionar la información. Sin embargo, puede resultar en un plan incompleto de salud y seguridad para su hijo. La información que proporcione será compartida solamente con el personal en

el distrito escolar, cuyos trabajos requieren el acceso a esta información para garantizar la seguridad y el éxito escolar de su hijo. (MS Sección 13.04, Subdivisión 2)

FIRMA DEL PADRE/TUTOR: _____ **FECHA:** _____

Teléfono principal: _____

Contacto de emergencia/Persona autorizada en recoger a su hijo y número de teléfono:
