

## EXPEDIENTE DE SALUD DEL ESTUDIANTE

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

Nombre de padres/tutores: \_\_\_\_\_ Teléfono 1: \_\_\_\_\_ Teléfono 2: \_\_\_\_\_

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.

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

### HISTORIAL MÉDICO (Marque todas las opciones que le apliquen)

<p><b>Condiciones que amenazan la vida:</b> (Plan de cuidado REQUERIDO)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Anafilaxia (Epi-pen prescrito)</b> <b>Alergénicos:</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Diabetes Tipo 1</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Convulsiones – (Medicamento de emergencia requerido)</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Asma – Severo</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Otras condiciones que amenacen la vida</b></p> <p><b>Congenital / Genético</b></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><b>Sangre / Hematología</b></p> <p><input type="checkbox"/> Anemia</p> <p><input type="checkbox"/> Hemofilia</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad de enfermedad 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><b>Cardíaco / Corazón</b></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><b>Alergias, Sistema Inmune, Endócrino, Metabólico y Nutricional</b></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"/> Otros endocrino, sistema inmune, nutricional o metabólico:</p> <p><b>Gastrointestinal, Dental y Oral</b></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><b>Musculoesquelético</b></p> <p><input type="checkbox"/> Reumatoide juvenil/ Artritis idiopática</p> <p><input type="checkbox"/> Por favor anote:</p> <p><b>Cáncer / Tumor</b></p> <p><input type="checkbox"/> Please anote lista:</p>	<p><b>Sistema Nervioso</b></p> <p><input type="checkbox"/> ADHD / ADD diagnosticado por:</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><b>Transplante</b></p> <p><input type="checkbox"/> Anote organos:</p> <p><b>Salud mental o del comportamiento</b></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><b>Respiratorio / Respiración</b></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><b>Piel</b></p> <p><input type="checkbox"/> Eczema o dermatitis por contacto o psoriasis</p> <p><input type="checkbox"/> Otras condiciones de la piel:</p> <p><b>Renal / Riñón</b></p> <p><input type="checkbox"/> Por favor anote:</p> <p><b>Oído/Auditivo</b></p> <p><input type="checkbox"/> Infecciones crónicas del oído <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Histórico</p> <p><input type="checkbox"/> Deficiencia auditiva Dispositivo auditivo Implante coclear</p> <p><input type="checkbox"/> Otra condición del oído:</p> <p><b>Ojos / Vista</b></p> <p><input type="checkbox"/> Anteojos / 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><b>Otras condiciones de salud:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Por favor anote:</p>
---	---

No se le conoce algún problema de salud

Por favor anote sus iniciales \_\_\_\_\_

**EXPEDIENTE DE SALUD DEL ESTUDIANTE**



Northshore  
School District

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? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Por favor anote:

**Se REQUIERE tener completos todos los documentos de los medicamentos en la escuela.**

*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.*

<b>Dispositivos médicos</b> <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:	<b>Estoma</b> <input type="checkbox"/> Gastrostomía <input type="checkbox"/> Colostomía <input type="checkbox"/> Traqueostomía <input type="checkbox"/> Urostomía <input type="checkbox"/> Otra:  <b>Problemas de actividad física/ de movilidad:</b> <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: \_\_\_\_\_

**VERIFICACIÓN DE INMUNIZACIÓN (Solo para uso de la oficina)**

WAIS # \_\_\_\_\_ CIS Series:  Preschool  Grade K-6  Grade 7  Grade 8-12

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

**OR**

Immunization Status is CONDITIONAL on the WAIS 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 WAIS. **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 WAIS CIS or in WAIS.

COE is fully completed  Permission to enter statement signed

**OR**

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

Student added to School Module Roster: Grade: \_\_\_\_\_

Staff who verified immunizations: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_