

## Historia de Salud del Estudiante

Debe de ser llenado por los padres/guardián (Marque aquello que aplique)

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_

Sexo:  Hombre  Mujer

No  Sí Lentes/Lentes de contacto, fecha del último examen: \_\_\_\_\_

No  Sí Aparatos de Audición, fecha del último examen: \_\_\_\_\_

### Medicinas Diarias

La ley del Estado requiere que la escuela reciba el permiso por escrito del doctor antes de que se le pueda administrar cualquier tipo de medicina al estudiante en la escuela. La forma está disponible en la oficina de la escuela.

No  Sí Necesita medicinas en la escuela (especifique): \_\_\_\_\_

No  Sí Necesita medicina en el hogar (especifique): \_\_\_\_\_

### Ponen en peligro la vida o las condiciones de salud crónicas

La ley del estado de Washington ordena que todos los estudiantes que tienen una condición médica que pone en riesgo su vida y si esta condición “podría poner al estudiante en riesgo de muerte durante el horario de clases”, se debe de tener la medicina/órdenes para el tratamiento en la escuela **antes** que su hijo/a pueda asistir a la escuela.

### Condiciones que amenazan la vida (Se requieren órdenes del médico o especialista)

Por favor, marque todas las que apliquen:

\* Alergias graves significa diagnosticado por un proveedor de cuidado de la salud y la medicación, como un EpiPen, se ha ordenado

No  Sí Reacción alérgica severa a cualquier clase de nuez: \_\_\_\_\_ EpiPen  Sí  No

No  Sí Reacción alérgica severa a la picadura de abejas \_\_\_\_\_ EpiPen  Sí  No

No  Sí Otras alergias severas que afecten la asistencia a clases. Especifique \_\_\_\_\_ EpiPen  Sí  No

No  Sí Asma, toma medicina con regularidad para condicione asmáticas o ha sido hospitalizado en los Últimos 5 años por condicione asmáticas

No  Sí Diabetes

No  Sí Otros: \_\_\_\_\_

### Condiciones de Salud Crónicas (Puede requerir pedidos de proveedor de cuidado de salud)

Por favor, marque lo que corresponda y explicar:

No  Sí Asma, toma medicinas solo cuando es necesario

No  Sí Convulsiones. Tipo de convulsión y fecha de la última convulsión: \_\_\_\_\_

No  Sí Problemas con el corazón \_\_\_\_\_

No  Sí Problemas de Comportamiento/Emocionales \_\_\_\_\_

No  Sí Problemas ortopédicos \_\_\_\_\_

No  Sí Otros problemas de salud \_\_\_\_\_

**¿Tiene su niño/a algún otro problema médico que podría afectar su desarrollo en el salón de clases o en las actividades de educación física?**

No  Sí Explique si marco sí:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Salud:**

No  Sí    ¿Le dijeron que su estudiante nació adelantado o prematuro? ¿Cuánto se adelantó? \_\_\_\_\_  
 No  Sí    ¿Tuvo complicaciones serias durante su embarazo?  
 No  Sí    ¿Estuvo expuesto a drogas, alcohol o cigarrillos durante su embarazo?  
*Indique las drogas/alcohol/ medicamentos a las que estuvo expuesta durante su embarazo* \_\_\_\_\_

No  Sí    ¿Ha tenido su estudiante una enfermedad severa, lesión, u operación?  
¿Ha ido a un especialista? Por favor explique: \_\_\_\_\_

No  Sí    ¿Su estudiante toma un suplemento de fluoruro recetado por su Dentista?

**Nutrición:**

No  Sí    ¿Tiene su estudiante cualquier alergia a cierta comida? \_\_\_\_\_  
 No  Sí    ¿Tiene su estudiante alguna intolerancia a la lactosa (leche, queso, crema)?  
 No  Sí    ¿Necesita su estudiante alguna comodidad o asistencia especial en la clase  
Si la respuesta es sí, ¿Qué? \_\_\_\_\_  
 No  Sí    ¿Usted Evita alimentar a su hijo ciertos alimentos por razones personales o Religiosas?  
Sí sí ¿cuáles? \_\_\_\_\_

**Salud Emocional:**

Por favor explique cualquier cambio mayor en la vida de su estudiante: (Nacimiento de un hermano/a, la muerte de un pariente, divorcio) durante el último año.

\_\_\_\_\_

**Información de Parte de los Padres:**

No  Sí    ¿Necesita su estudiante alguna comodidad o asistencia especial en la clase?

\_\_\_\_\_

¿Hay algo más que usted crea que el personal de ECEAP debe saber acerca de la salud de su estudiante?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Firma de los padres / guardián:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

*Esta información se considera confidencial. Será compartida con el personal de la escuela, según sea necesario durante el tiempo que su hijo está inscrito en el Distrito Escolar de Kennewick, a fin de garantizar la seguridad y la salud de su hijo, a menos que usted solicite por escrito.*