Nurse initial _____

504____ ECP _____

2020-2021 Grade 6-12
DISTRITO ESCOLAR DE QUINCY
FORMA DE ALERTA DE ENFERMERA

**Este formulario debe completarse cada año escolar.*

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Sexo: M/ F**
Apellido **Primer** **Segundo Inicial** (circule)

Escuela: _____ Grado: _____ Fecha: _____

Doctor: _____ Clínica: _____

___Si, mi hijo/a tiene una condición medica potencialmente mortal – complete Secciones 1 & 2
___No, mi hijo/a no tiene ninguna condición médica potencialmente mortal – complete Sección 2

Sección 1 - EFERMEDAD DE SALUD CHRONICA O MORTAL

☐ **Asma y requiere inhalador en la escuela;** Tiene permiso para traer consigo mismo ___si ___no
¿Que causa el Asma? ☐ Ejercicio ☐ Enfermedades ☐ Alergias ☐ Otro:_____

☐ **Anafilaxia (Alergia potencialmente mortal) & requiere medicamento de emergencia:**
☐**EpiPen;** Tiene permiso para traer consigo mismo ___si ___no
¿Que Ocasiona la reacción Alérgica? ☐ Piquete de abeja ☐ Comida:_____ ☐**Otro:**_____

☐ **Diabetes: Edad de diagnosis:** _____ ☐ **Tipo I** ☐ **Tipo II** ☐ **Usa Insulina** ☐ **Medicamento oral**

☐ **Desorden Epiléptico: Fecha del último ataque epiléptico:** _____☐ **Usa medicamento para la epilepsia**

☐ **V/P Derivación (en el cerebro)** ☐ **Arritmia cardiaca** ☐ **Hemofilia/Otra desorden de sangre**

☐ **Otro:** _____

Sección 2 - CONDICIONES DE SALUD QUE NO SON AMENAZANTES

☐ **¿Preocupación de la vista?** ☐ **Lentes** ☐ **contactos oculares** ☐**Otros:**_____

☐ **¿Preocupación de oídos?** ☐ **Usa audífonos**

☐ **Historia de conmoción cerebral: Edad:** _____ **fue a ver un doctor?** _____

¿Cuánto duro la conmoción? _____

☐ **Otro:** _____

Por favor indique cualquier otra preocupación de salud que la enfermera debe saber (alergias, cirugías, hospitalizaciones, trastornos, trastornos de salud mental como TDAH, autismo, depresión, ansiedad, etc.).

MEDICAMENTO

¿Su hijo/a toma algún medicamento? ☐ **No** ☐ **SI, nombre del medicamento:** _____

¿Va necesitar medicamento en la escuela? ☐**No** ☐***SI, nombre de medicamento:** _____

*** Si su hijo/a necesita medicamento en la escuela, un formulario de "Autorización de medicamentos" se requiere cada año antes de que algún medicamento puede administrarse. Este formulario está disponible en la oficina de la escuela o en la página web en www.qsd.wednet.edu. www.qsd.wednet.edu.**

AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD/ACCESSO A LA ATTENCION MEDICA

Como padres, estoy de acuerdo en notificar a la escuela sobre cualquier cambio significativo en el estado de salud de mi hijo/a. También entiendo que esta información sea accesible a las siguientes personas: las enfermeras de la escuela, maestros, especialistas, personal de la oficina y personal médico de emergencia. Si no me encuentro disponible en el momento de una emergencia, y si una observación inmediata o el tratamiento es urgente, a juicio de las autoridades escolares, yo autorizo y solicito a las autoridades escolares de enviar a mi hijo/a (apropiadamente acompañando/a) al hospital o al médico más fácilmente accesible para recibir tratamiento.

_____ _____
Fecha **Firma de padre o tutor legal**