

# EXPEDIENTE DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante: (Apellido) \_\_\_\_\_ (Primer nombre) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

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

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.

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

### Condiciones que amenazan la vida: (Plan de cuidado REQUERIDO)

- Anafilaxia (Epinephrine prescrito)  
Alergénicos: \_\_\_\_\_
- Diabetes Tipo 1
- Convulsiones (Medicamento de emergencia requerido)
- Asma – Severo
- Otras condiciones que amenacen la vida:  
\_\_\_\_\_

### Congnital / Genético

- Síndrome de Down
- Trastorno del espectro alcohólico fetal
- Por favor anote: \_\_\_\_\_

### Sangre / Hematología

- Anemia
- Hemofilia
- Enfermedad  de enfermedad  de células falciformes
- Historia de sangrados severos por la nariz
- Otras condiciones sanguíneas: \_\_\_\_\_

### Cardíaco/ Corazón

- Defectos de nacimiento del corazón
- Soplo cardíaco
- Otras condiciones cardiovasculares: \_\_\_\_\_

### Alergias, Sistema Inmune, Endócrino, Metabólico y Nutricional

- Alergia – Alimentos
- Alergia – Insectos
- Alergia – Otros - Anote: \_\_\_\_\_
- Diabetes Tipo 2
- Restricción de alimentos: \_\_\_\_\_
- Otros endocrino, sistema inmune, nutricional o metabólico:  
\_\_\_\_\_

### Gastrointestinal, Dental y Oral

- Enfermedad celiaca
- Intolerancia a alimentos – Anote lista: \_\_\_\_\_
- Intolerancia a la lactosa
- Encopresis
- Constipación crónica
- Reflujo gástrico
- Enfermedad intestinal inflamatoria: \_\_\_\_\_
- Síndrome del intestino irritable
- Otra condición gastrointestinal, dental y oral:  
\_\_\_\_\_

### Musculoesquelético

- Reumatoides juvenil/ Artritis idiopática
- Otra condición musculoesquelético: \_\_\_\_\_

### Cáncer / Tumor

- Por favor anote: \_\_\_\_\_

### Sistema Nervioso

- ADHD
- Trastorno del espectro autista
- Parálisis cerebral
- Discapacidad del desarrollo
- Migrañas
- Dolores de cabeza recurrentes
- Trastornos convulsivos  Actual  Histórico.  
Tipo: \_\_\_\_\_
- Daño / lesión cerebral traumática
- Otra condición neurológica: \_\_\_\_\_

### Transplante

- Anote organos: \_\_\_\_\_

### Salud mental o del comportamiento

- Ansiedad
- Depresión
- Trastorno del sueño
- Otra condición de salud mental o del comportamiento  
\_\_\_\_\_

### Respiratorio/ Respiración

- Asma – Actual
- Asma – Alguna vez diagnosticado
- Asma – Inducido por el ejercicio
- Enfermedad reactiva de las vías respiratorias
- Otras condiciones respiratorias: \_\_\_\_\_

### Piel

- Eczema  Dermatitis por contacto  Psoriasis
- Otras condiciones de la piel: \_\_\_\_\_

### Renal / Riñón

- Por favor anote: \_\_\_\_\_

### Oído / Auditivo

- Infecciones crónicas del oído  Actual  Histórico
- Deficiencia auditiva \_\_\_\_\_
- Dispositivo auditivo: \_\_\_\_\_  Implante coclear \_\_\_\_\_
- Otra condición del oído: \_\_\_\_\_

### Ojos / Vista

- Anteojos  Lentes de contacto
- Deficiencia de visión cromática o del color
- Deficiencia visual
- Otra condición en los ojos: \_\_\_\_\_

### Otras condiciones de salud:

No se le conoce algún problema de salud

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

## EXPEDIENTE DE SALUD DEL ESTUDIANTE

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? <b>Se REQUIERE tener completos todos los documentos de los medicamentos en la escuela.</b>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Por favor anote:
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> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Estimulador del nervio vago</li> <li><input type="checkbox"/> Defibrilador cardiaco automático e interno</li> <li><input type="checkbox"/> Marcapasos</li> <li><input type="checkbox"/> Sonda gástrica</li> <li><input type="checkbox"/> Sonda de yeyunostomía</li> <li><input type="checkbox"/> Fédula (brace)</li> <li><input type="checkbox"/> Anote prótesis: _____</li> <li><input type="checkbox"/> Otros dispositivos médicos: _____</li> </ul>	<b>Estoma</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Gastrostomía</li> <li><input type="checkbox"/> Colostomía</li> <li><input type="checkbox"/> Traqueostomía</li> <li><input type="checkbox"/> Urostomía</li> <li><input type="checkbox"/> Otra: _____</li> </ul> <b>Problemas de actividad física/ de movilidad</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Silla de ruedas</li> <li><input type="checkbox"/> Muletas</li> <li><input type="checkbox"/> Otro -anote: _____</li> </ul>
--	--

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: \_\_\_\_\_

**Solo para uso de la oficina:**

### IMMUNIZATION VERIFICATION / VERIFICACIÓN DE INMUNIZACIÓN

WAIIS # \_\_\_\_\_ CIS Series:  Preschool  Grade K-6  Grade 7-8  Grade 9-12

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

**OR**

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

COE is fully completed  Permission to enter statement signed

**OR**

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

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