



SAN LUIS COASTAL UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Division of Educational Services / Student Support Services

2024-2025 Información Confidencial para la Enfermera Estudiantil

Esta información ayudará al personal de la escuela a planificar las necesidades de su hijo y su seguridad en la escuela. **Si su hijo/a tiene una condición de salud grave, por favor comuníquese con la enfermera de la escuela inmediatamente por medio de la secretaria de su escuela.**

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombres de los Representantes: _____ Teléfono: _____

Nivel de Grado: Preescolar TK/Kinder Estudiante nuevo Grado: _____

Mi niño/a **no** tiene ninguna condición de salud **Firma del Representante:** _____ **Fecha:** _____

Asma: Severa Moderada Causas: _____

Medicamentos: _____

Alergias: Anafilaxia: Epipen Severa Moderada Causas: _____

Síntomas: _____

Tratamiento/Medicamento: _____

Episodio más reciente: _____

Diabetes: Tipo 1 Tipo 2 insulina en la escuela inyección/pluma bomba Independiente en el cuidado

Notas: _____

Convulsiones: **Historia:** Edad del primer incidente: _____ Tipo: _____

Tratamiento: _____

Trastorno convulsivo actual: Tipo: _____ Frecuencia: _____

Ataque más reciente: _____

Tratamiento/Medicamento: _____

Medicamento*: Nombre: _____ Tomado en la escuela Tomado en casa

Se requiere un formulario de autorización de medicamentos de la escuela completado por un padre y un médico para CUALQUIER medicamento (incluso medicamentos de venta libre) para tomar en la escuela (formulario disponible en la oficina).

Usa lentes: Sí No Notas: _____

Pérdida de audición / preocupaciones: Sí No Notas: _____

Otro: Por favor describa cualquier condición de salud, no especificada arriba, que puede ayudar al personal de la escuela en la planificación de las necesidades de su hijo y para proveerle primeros auxilios, como por ejemplo efectos secundarios de cualquier medicina, uso de audífonos, aparatos ortopédicos, yesos temporales etc.

Sí No Doy mi permiso para que el personal de la escuela discuta las condiciones/medicamentos indicados aquí con el médico(s) cuyo nombre aparece en la Tarjeta de Información de Emergencia.

Firma del Representante

Fecha

Firma de Enfermera

Fecha