

Servicios de salud de SVSD

Información confidencial de salud de emergencia

Año escolar _____

For Office Use:
Nurse Initial/Date:

Skyward updated?

Por favor complete ANUALMENTE y devuélvelo a la escuela de su estudiante.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F

Escuela: _____ Grado: _____ Maestro: _____

Padre / tutor: _____

Teléfono principal: _____ Teléfono alternativo: _____

Dirección de correo electrónico del padre / tutor: _____

[Las enfermeras pueden usar el correo electrónico para obtener y enviar actualizaciones con respecto a la información de salud del estudiante].

Tenga en cuenta que, para proporcionar un ambiente seguro y saludable para su estudiante, esta información será accesible para el personal escolar apropiado que pueda tener contacto con su estudiante.

CONDICIONES DE SALUD ACTUALES:

Sin condiciones de salud conocidas

** Tenga en cuenta: Las condiciones que se consideran potencialmente mortales requieren un plan de atención médica y una orden de medicación / tratamiento de un proveedor de atención médica antes de asistir a la escuela. Comuníquese con la enfermera de la escuela.*

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alergia severa * (solo requiere medicación de emergencia) | <input type="checkbox"/> Trastorno intestinal |
| <input type="checkbox"/> Asma * | <input type="checkbox"/> Condición cardiovascular |
| <input type="checkbox"/> Diabetes * | <input type="checkbox"/> Problema ortopédico |
| <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo * | <input type="checkbox"/> Problema de audición |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> ADD / ADHD <i>marque uno</i> |
| <input type="checkbox"/> Migrañas frecuentes | <input type="checkbox"/> Diagnóstico de salud mental |
| <input type="checkbox"/> Trastorno neurológico | <input type="checkbox"/> Autismo / Asperger <i>marque uno</i> |
| | <input type="checkbox"/> Depresión |
| | <input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia |
| | <input type="checkbox"/> Problema de la vista (excluyendo lentes correctivos) |
| | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Comentarios adicionales / limitaciones físicas: _____

MEDICAMENTOS:

** Tenga en cuenta: Antes de la medicación (con receta o sin receta) se puede permitir en la escuela, se debe completar un formulario de Orden del médico / Consentimiento de los padres, disponible en la oficina de la escuela y en el sitio web del distrito.*

¿Se necesita medicación **en casa**? Sí No

Nombre del medicamento: 1) _____ 2) _____

¿Se necesita medicamento **en la escuela** *? Si (consulte la nota anterior) No

Nombre del medicamento: 1) _____ 2) _____

En caso de lesión grave, enfermedad o una emergencia en la escuela, el Distrito hará todo lo posible por comunicarse con los padres del estudiante o la persona designada. En el caso de que no se pueda localizar al padre(s), tutor(es), o al médico del niño, el administrador del edificio o la persona designada tomará una decisión sobre la acción más apropiada a tomar en el mejor interés del estudiante. Es responsabilidad de los padres notificar a la oficina de la escuela o la enfermera de la escuela si hay algún cambio en la salud de su hijo.

Firma de los padres _____ Fecha _____