



Historial de salud del estudiante

Nombre del estudiante (Apellido) _____ (Nombre) _____

Fecha de nacimiento: _____

La ley estatal exige que los estudiantes con afecciones que ponen en riesgo la vida, como la anafilaxia, el asma grave, la diabetes o las convulsiones completen un plan de atención médica antes del primer día de clases. Comuníquese con el personal de enfermería de la escuela lo antes posible para completar los formularios correspondientes.

¿El estudiante tiene una afección que AMENAZA LA VIDA? ☐ Sí ☐ No

HISTORIA CLÍNICA (marque todo lo que corresponda)

<p>Afecciones que ponen en riesgo la vida: (Es OBLIGATORIO tener un plan de atención médica)</p> <p>EG ☐ Anafilaxia (con EpiPen prescrito)</p> <p>Alérgenos:</p> <p>EK ☐ Diabetes tipo 1</p> <p>NP ☐ Convulsiones (con medicación de emergencia obligatoria)</p> <p>RG ☐ Asma grave</p> <p>☐ Otra afección que pone en riesgo la vida: _____</p> <p>Congénitas/genéticas</p> <p>AH ☐ Síndrome de Down</p> <p>AJ ☐ Trastornos del espectro alcohólico fetal</p> <p>☐ Especifique: _____</p> <p>De la sangre/hematológicas</p> <p>BA ☐ Anemia</p> <p>BB ☐ Hemofilia</p> <p>BC ☐ Rasgos de anemia falciforme</p> <p>OJ ☐ Historial de hemorragias nasales graves</p> <p>☐ Otros problemas sanguíneos: _____</p> <p>Cardíacas/del corazón</p> <p>CC ☐ Defectos cardíacos congénitos</p> <p>CD ☐ Soplo cardíaco</p> <p>☐ Otra afección cardiovascular: _____</p> <p>Alérgicas, inmunitarias, endocrinas, metabólicas y nutricionales</p> <p>ED ☐ Alergia: comida</p> <p>EE ☐ Alergia: insectos</p> <p>☐ Otra alergia (especifique): _____</p> <p>EL ☐ Diabetes tipo 2</p> <p>☐ Otras afecciones endocrinas, inmunes, nutricionales o metabólicas: _____</p> <p>Gastrointestinales, dentales y orales</p> <p>GA ☐ Celiacía</p> <p>GG ☐ Lista de alimentos que no tolera:</p> <p>GL ☐ Intolerancia a la lactosa</p> <p>GF ☐ Encopresis</p> <p>GO ☐ Constipación crónica</p> <p>GH ☐ Reflujo gastroesofágico</p> <p>GJ ☐ Enfermedad inflamatoria intestinal</p> <p>GK ☐ Síndrome del colon irritable</p> <p>☐ Otros trastornos gastrointestinales, hepáticos, dentales u orales _____</p> <p>Musculoesqueléticas</p> <p>MC ☐ Artritis reumatoide/idiopática juvenil</p> <p>☐ Especifique: _____</p> <p>Cáncer/tumor</p> <p>☐ Especifique: _____</p>	<p>Sistema nervioso</p> <p>NB ☐ TDAH/TDA diagnosticado por:</p> <p>NC ☐ Trastorno del espectro autista</p> <p>NE ☐ Parálisis cerebral</p> <p>NF ☐ Discapacidad del desarrollo</p> <p>NH ☐ Migrañas</p> <p>NI ☐ Dolores de cabeza, recurrentes</p> <p>NP ☐ Trastorno convulsivo ☐ Actual ☐ Histórico Tipo:</p> <p>NU ☐ Traumatismo craneoencefálico</p> <p>☐ Otra afección neurológica: _____</p> <p>Trasplante</p> <p>OD ☐ Especifique el órgano: _____</p> <p>Salud mental o conductual</p> <p>PA ☐ Ansiedad</p> <p>PC ☐ Depresión</p> <p>PH ☐ Trastornos del sueño</p> <p>☐ Otra afección relacionada con la salud mental o conductual _____</p> <p>Respiratorias/de la respiración</p> <p>RC ☐ Asma: actual</p> <p>RH ☐ Asma: se diagnosticó alguna vez</p> <p>RA ☐ Asma: inducida por el ejercicio</p> <p>RE ☐ Enfermedad reactiva de las vías respiratorias</p> <p>☐ Otra afección respiratoria: _____</p> <p>Piel</p> <p>SB ☐ Eccema o dermatitis de contacto o psoriasis</p> <p>☐ Otra afección de la piel: _____</p> <p>Renales/del riñón</p> <p>☐ Especifique: _____</p> <p>Del oído/auditivas</p> <p>YA ☐ Infecciones crónicas del oído ☐ Actuales ☐ Históricas</p> <p>YB ☐ Deterioro de la audición Audífonos Implante coclear</p> <p>☐ Otra afección del oído: _____</p> <p>Del ojo/la vista</p> <p>YF ☐ Usa anteojos/lentes de contacto</p> <p>YE ☐ Visión cromática deficiente</p> <p>YD ☐ Discapacidad visual</p> <p>☐ Otras afecciones de la vista: _____</p> <p>Otras preocupaciones de salud:</p> <p>☐ Especifique: _____</p>
--	--

OC ☐ No se conocen problemas de salud.

Iniciales: _____



Historial de salud del estudiante

MEDICAMENTOS

Informe todos los medicamentos que el estudiante toma en casa o en la escuela.

¿El medicamento se necesita en casa?	☐ No ☐ Sí	Especifique:
¿El medicamento se necesita en la escuela?	☐ No ☐ Sí	Especifique:
Complete la documentación OBLIGATORIA para tomar los medicamentos en la escuela.		
La ley estatal exige un permiso por escrito del tutor y de un proveedor de atención médica antes de que pueda tomar cualquier medicamento (recetado y de venta libre) en la escuela. Los formularios están disponibles en la oficina de la escuela o en nuestro sitio web del distrito y se deben completar anualmente.		

Dispositivos médicos OLA ☐ Estimulador del nervio vago OLB ☐ Desfibrilador automático implantable OLC ☐ Marcapasos OLD ☐ Sonda de gastrostomía OLE ☐ Sonda de yeyunostomía ☐ Faja ☐ Lista de prótesis: ☐ Otros dispositivos médicos: _____	Estoma OKA ☐ Gastrostomía OKB ☐ Colostomía OKD ☐ Traqueotomía OKE ☐ Urostomía OK ☐ Otro: _____ Problemas para hacer actividad física/de movilidad: ☐ Silla de ruedas ☐ Muletas ☐ Otro especifique: _____
--	---

Entiendo que la información que proporcioné se compartirá con el personal correspondiente de la escuela que necesita conocerla para garantizar la salud y la seguridad del estudiante. Si no se puede contactar a los padres/tutores o a los contactos de emergencia autorizados en el momento de una emergencia médica, y si se necesita la atención médica de forma urgente según el juicio de las autoridades escolares, autorizo y ordeno a las autoridades escolares que envíen al estudiante al hospital o al médico más cercano. Entiendo que voy a asumir toda la responsabilidad por el pago de cualquier servicio que se preste. Entiendo que la ley de Washington exige que las vacunas del estudiante estén completas o condicionadas antes de comenzar la escuela. Doy permiso para que la escuela agregue información sobre las vacunas al Sistema de Información de Vacunas con el fin de mantener el registro escolar de mi hijo.

Firma del padre, la madre o el tutor legal: _____ Fecha: _____

Office Use Only Below

IMMUNIZATION VERIFICATION (Office use only)

WAIIS # _____ CIS Series: ☐ Preschool ☐ Grade K-6 ☐ Grade 7 ☐ Grade 8-12

☐ 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.

☐ Student added to School Module Roster: Grade: _____

Staff who verified immunizations: _____ Date: _____