

Información confidencial de salud de emergencia



Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____ Grado: _____

ALERTA PARA PADRES/TUTORES: Si su hijo tiene una **afección de salud que pone en riesgo la vida** (por ejemplo, alergia grave que requiere epinefrina autoinyectable [Epi-pen], asma grave, diabetes insulino dependiente, convulsiones graves, etc.), el Proyecto de Ley Sustituto (Substitute House Bill, SHB) 2834 de la Ley Estatal de Washington **obliga** a que se presente una orden de medicamentos o de tratamiento, así como un plan de cuidado de la salud, **antes** del primer día de escuela de su hijo cada año. Para obtener más información, comuníquese con el enfermero escolar.

Con el fin de brindar un entorno seguro y saludable para su hijo, las siguientes personas tendrán acceso a esta información: director, enfermero, maestros de su hijo, profesionales administrativos, personal responsable de la cobertura de la sala de salud y personal de emergencias médicas.

AFECCIONES DE SALUD: Para cada una de las afecciones que se indican a continuación:

Marque las casillas que correspondan a las afecciones que se aplican actualmente para su hijo y descríbalas en el campo de comentarios.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alergia que requiere Epi-pen | <input type="checkbox"/> Afección neurológica | <input type="checkbox"/> Afección ocular/oftálmica |
| <input type="checkbox"/> Diabetes insulino dependiente | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> TDAH |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Autismo |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Afección de salud mental | <input type="checkbox"/> Afección endocrina |
| <input type="checkbox"/> Otra afección de salud que pone en riesgo la vida | <input type="checkbox"/> Afección digestiva | <input type="checkbox"/> Trastorno del sueño |
| <input type="checkbox"/> Alergia a medicamentos | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/migrañas crónicas | <input type="checkbox"/> Inmunodepresión |
| <input type="checkbox"/> Alergia/sensibilidad a los alimentos (que <u>no</u> pone en riesgo la vida) | <input type="checkbox"/> Afección cardíaca | <input type="checkbox"/> Otra afección, descríbala a continuación: |
| <input type="checkbox"/> Alergia ambiental | <input type="checkbox"/> Afección ortopédica | |

En caso afirmativo, describa:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico | <input type="checkbox"/> Afección auditiva |
|--|--|

MEDICAMENTOS:

¿Su hijo toma algún **medicamento en casa**? En caso afirmativo, indíquelo a continuación.

Nombre del medicamento	Usado para tratar	Frecuencia

¿Su hijo debe tomar algún **medicamento en la escuela**? En caso afirmativo, indíquelo a continuación.

Nombre del medicamento	Usado para tratar	Frecuencia

Para poder administrar los medicamentos en la escuela, ambos padres y un proveedor con licencia deben llenar un Formulario de administración de medicamentos, el cual debe mantenerse en los archivos de la escuela.

Formulario para primarias/secundarias: [3416F1 - Authorization for Administration of Medication at Elementary and Middle School - Issaquah School District 411 \(isd411.org\)](http://isd411.org) (Autorización para la administración de medicamentos en las primarias y secundarias del Distrito Escolar de Issaquah 411)

Formulario para preparatorias: [3416F2 - Authorization for Administration of Medication at High School - Issaquah School District 411 \(isd411.org\)](http://isd411.org) (Autorización para la administración de medicamentos en las preparatorias del Distrito Escolar de Issaquah 411)

HOSPITALIZACIONES

Indique cualquier hospitalización, cirugía o lesión importante en los últimos 3 años:

DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA: Marque todos los dispositivos de asistencia que su estudiante utiliza y utilizará en la escuela.

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anteojos | <input type="checkbox"/> Aparatos auditivos | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas; silla de rehabilitación |
| <input type="checkbox"/> Lentes de contacto | <input checked="" type="checkbox"/> Implante coclear | <input type="checkbox"/> Otro dispositivo (describalo) |

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Padres/tutores: Indique los números de teléfono por orden de preferencia

Padre, madre o tutor 1

Padre, madre o tutor 2

Nombre	_____
Números de teléfono	_____
Dirección	_____
Correo electrónico	_____

Contacto 1

Contacto 2

Nombre _____

Números de teléfono _____

Relación _____

Contactos de emergencia: *Indique los números de teléfono por orden de preferencia*

Si no es posible comunicarse con el padre, la madre o el tutor al momento de una emergencia y las autoridades escolares consideran necesaria la observación o el tratamiento, autorizo y solicito a las autoridades escolares que envíen al estudiante (debidamente acompañado) al departamento de emergencias más cercano. En caso de que sea posible elegir entre departamentos de emergencias, el hospital de preferencia es: _____

Padre, madre o tutor Firma _____ Fecha de la firma _____