



**El Departamento de Educación del Estado de Alabama  
Registro de Evaluación de la Salud  
Año Escolar: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_**



Para los Padres o Tutores:

El propósito de este formulario es proporcionar a la enfermera de la escuela la información adicional con respecto a las necesidades de salud de su hijo. Es posible que la enfermera pueda comunicarse con Ud. para obtener más información. La información solicitada es esencial para la enfermera satisfacer las necesidades de salud de su hijo.

**Esta información se mantendrá estrictamente confidencial.**

**Para ser relleno por el padre/tutor.**

**Utilice sólo letras de Imprenta Por Favor. Vuelva a la Enfermera de la Escuela**

|  |                        |   |         |
|--|------------------------|---|---------|
| Nombre del Estudiante (Apellido, Nombre, Segundo Nombre) |                        | Fecha de Nacimiento   | El Sexo |
| Dirección de Domicilio (La Calle)                        |                        | Raza/Etnia  |         |
| (La Ciudad y Código Postal)                              |                        | <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Angloamericano, no de origen Hispano<br><input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano/Latino<br><input type="checkbox"/> Negro, no de origen Hispano <input type="checkbox"/> Otra |         |
| Número de Tel. en Casa                                   | Número de Tel. Celular | Escuela   | Grado   |
| Nombre de Padre/Tutor (Apellido, Nombre, Segundo Nombre) |                        |   |         |

Transportación

- Pasajero de Autobús   
  Pasajero de Carro   
  Pasajero del Autobús de Incapacitados   
  El Programa de Clases Extendidas

**Parte I – Información de Salud**

| Lugar donde recibe su hijo atención médica regular:  | Lugar donde recibe su hijo cuidado dental regular:   | Tipo de seguro médico de su hijo:  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> El Centro de Salud Público<br><input type="checkbox"/> Clínica Hospital<br><input type="checkbox"/> Una Clínica Comunitaria de Salud<br><input type="checkbox"/> Un médico privado/HMO<br><input type="checkbox"/> Otro _____<br><input type="checkbox"/> En ningún lugar regular | <input type="checkbox"/> El Centro de Salud Público<br><input type="checkbox"/> Clínica Hospital<br><input type="checkbox"/> Una Clínica Comunitaria de Salud<br><input type="checkbox"/> Un médico privado/HMO<br><input type="checkbox"/> Otro _____<br><input type="checkbox"/> En ningún lugar regular | <input type="checkbox"/> Medicaid<br><input type="checkbox"/> Ninguno<br><input type="checkbox"/> Segura Privada<br><input type="checkbox"/> ALLKIDS<br><input type="checkbox"/> Otra: _____ |
| Nombre del médico: _____   | Nombre del Dentista: _____   |  |
| Dirección: _____   | Dirección: _____   |  |
| Tel: _____   | Tel: _____   |  |

**Autorizaciones:**

- Sí**, autorizo a la enfermera de la escuela, la enfermera registrada (RN), o la enfermera práctica con licencia (LPN) hablar con el médico en caso de que hay preguntas sobre la condición médica de mi hijo.
- No**, no autorizo a la enfermera de la escuela, la enfermera registrada (RN), o la enfermera práctica con licencia (LPN) hablar con el médico en caso de que hay preguntas sobre la condición médica de mi hijo.
- Sí**, autorizo a mi hijo participar en todos los exámenes escolares de salud, tales como visión, audición, y escoliosis.
- Sí**, autorizo la revisión anual de la cartilla azul de inmunización de mi hijo por la oficina local del Centro de Salud Pública.

Utilizado Por La Oficina Solamente

**Escala de Acuidad:**

|   |                              |                                 |                             |
|---|------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|
| Nivel A<br>Dependiente de la Enfermería | Nivel B<br>Frágiles de Salud | Nivel C<br>Médicamente Complejo | Nivel D<br>Asuntos de Salud |
|---|------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|



**El Departamento de Educación del Estado de Alabama  
Registro de Evaluación de la Salud  
Año Escolar: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_**



**Parte II – Historial Clínico**

**No Sé de Ningún Problema de Salud**

*(Si no hay, por favor vaya directamente a la parte inferior de la página y proporcione la firma del padre/tutor.)*

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Déficit de Atención (ADD)<br>O   | <input type="checkbox"/> ¿Requiere Medicina? <i>(Requiere la autorización del médico para la medicina)</i>  |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Déficit de Atención con Hiperactividad (ADHD)  | <input type="checkbox"/> ¿Será administrada en la escuela?  |
| <input type="checkbox"/> <b>Alergias:</b> <i>Por favor especifique :</i><br><input type="checkbox"/> Los Alimentos _____<br><input type="checkbox"/> Los Insectos _____<br><input type="checkbox"/> Del Medio Ambiente _____<br><input type="checkbox"/> Los Medicamentos _____ | <input type="checkbox"/> ¿Urticaria/erupciones?<br><input type="checkbox"/> ¿Dificultad para Respirar?<br><input type="checkbox"/> ¿Epi-pen? <i>(Requiere la autorización del médico para la medicina)</i>  |
| <input type="checkbox"/> <b>El Asma:</b>  | <input type="checkbox"/> ¿Él/Ella usa un inhalador en la escuela? <i>(Requiere autorización del médico)</i>   |
| <input type="checkbox"/> <b>Problemas Sangrantes:</b><br><i>(Hemofilia, Von Willebrand's, Hemorragias Nasales Frecuentes)</i>   | <input type="checkbox"/> ¿Requiere Medicina? Por favor, explique:<br><i>(Requiere la autorización del médico para la medicina)</i>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Cancer/Leucemia:</b>  | Por favor, explique:  |
| <input type="checkbox"/> <b>Parálisis Cerebral:</b>   | Por favor, explique:  |
| <input type="checkbox"/> <b>La Fibrosis Quística :</b>  | Por favor, explique:  |
| <input type="checkbox"/> <b>Problemas Dentales:</b>   | <input type="checkbox"/> ¿Frenos? O Por favor, explique:  |
| <input type="checkbox"/> <b>Diabetes:</b> <i>(Requiere la autorización de medicamentos y el procedimiento del médico)</i><br><br><input type="checkbox"/> <b>Diabético Tipo 1</b><br><br><input type="checkbox"/> <b>Diabético Tipo 2</b>                                       | <input type="checkbox"/> ¿Mide los niveles de azúcar en la sangre en la escuela?<br><input type="checkbox"/> ¿Requiere Insulina en la escuela?<br><input type="checkbox"/> ¿Orden de Glucagón?<br><input type="checkbox"/> ¿Bomba de Insulina?<br><input type="checkbox"/> ¿Controlada con una dieta? |

**Emocional/de Comportamiento/Psicológico:** *Por favor, explique:*

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Problemas Gastrointestinales y del estómago:</b> <i>Por favor, explique:</i>  |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Enfermedad Genética:</b> <i>Por favor, explique:</i>  |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Dolores de Cabeza:</b> <i>Por favor, explique:</i>  |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Problemas de Audición:</b>  | <input type="checkbox"/> Oído Derecho <input type="checkbox"/> Oído Izquierdo <input type="checkbox"/> Ambos Oídos <input type="checkbox"/> Tubos<br><input type="checkbox"/> ¿Pérdida de Audición? <input type="checkbox"/> ¿Audifono? <input type="checkbox"/> Implante Coclear |
| <input type="checkbox"/> <b>Enfermedad Cardíaca:</b> <i>Por favor, explique: ¿Hay alguna restricción? ¿Hay medicamentos que se toma sólo en casa?</i> |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Hipertensión (Presión Arterial Alta):</b>   |   |
| <input type="checkbox"/> <b>La Artritis Juvenil/Problemas en las Articulaciones del Hueso:</b> <i>Por favor, explique:</i>                            |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Problemas en los riñones:</b> <i>Por favor, explique:</i>   |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Escoliosis:</b>   | <input type="checkbox"/> Ningún Tratamiento <input type="checkbox"/> Utilice Soporte <input type="checkbox"/> Cirugía   |
| <input type="checkbox"/> <b>Ataques/Convulsiones:</b> <i>Por favor, explique:</i>   | Tipo de Ataque: _____<br><input type="checkbox"/> Orden de Diastat  |
| <input type="checkbox"/> <b>Anemia de Células Falciformes:</b>  |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Espina Bífida:</b>  |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Dieta Especial:</b> <i>Por Favor, explique:</i>   |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Problemas de Vision:</b>  | <input type="checkbox"/> Usa gafas/lentes <input type="checkbox"/> Lentes de Contacto <input type="checkbox"/> Otra, _____  |
| <input type="checkbox"/> <b>Otras Condiciones Médicas:</b> <i>Por favor incluye cualquier medicamento que se toma en casa solamente.</i>              |   |

**Parte III – Equipo Médico/Procedimientos Requeridos en la Escuela**

|  |   |   |  |                                       |
|--|---|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Catéter                           | <input type="checkbox"/> Sonda Gástrica | <input type="checkbox"/> Tratamientos Nebulizar | <input type="checkbox"/> Suplemento de Oxígeno | <input type="checkbox"/> Traqueotomía |
| <input type="checkbox"/> Estimulador del Nervio Vago (VNS) | <input type="checkbox"/> Ventilador     | <input type="checkbox"/> Silla de Ruedas        | <input type="checkbox"/> Caminante             |                                       |

**Firmas Requeridas**

Firma del Padre(s)/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de la Enfermera de la Escuela : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_