



# INFORMACION DE SALUD PARA LA ENFERMERA

Para asegurarnos que su escuela sea un lugar seguro y un lugar saludable para su hijo/a, este documento será visto por su enfermera, personal de la escuela quien ayuda a su hijo/a y personal de emergencia médica

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento : \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Iniciales del segundo nombre (MI)

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### **CONDICIONES SERIAS DE SALUD -- Marque el cuadrado de abajo :**

Si su hijo/a tiene una condición seria de salud, **Dígale a su enfermera inmediatamente**. La ley (RCW 28A.210.320) dice que los medicamentos, prescripción o recetas médicas y el plan de salud debe estar en la escuela antes del comienzo del año escolar.

- Mi hijo/a no tiene ninguna condición seria de salud que le afecte en la escuela.
- Mi hijo/a tiene las siguientes condiciones serias de salud. Marque en los cuadrados de abajo
- Alergias** (alergia que amenaza su vida: que requiere una prescripción de Epi o Auvi-Q? Sí / No?  
Alérgico/a a: \_\_\_\_\_ Fecha de la última reacción: \_\_\_\_\_

- Asma** – Su hijo/a requerirá un inhalador (como albuterol) en la escuela? \_\_\_\_\_ Sí / no?
- Condiciones del corazón** y restricciones (si alguna): \_\_\_\_\_

- Diabetes** (Fecha del diagnóstico) \_\_\_\_\_  
 Bomba de insulina     Pluma de insulina     Insulina por jeringa

- Trastorno convulsivo** Fecha del diagnóstico: \_\_\_\_\_ Fecha del último ataque : \_\_\_\_\_

Clasificación/tipo \_\_\_\_\_ Medicina de rescate : \_\_\_\_\_ sí o no

- Otros**, incluyendo hospitalizaciones durante la noche en el último año: Por favor describa la condición

### **Otras condiciones de Salud --Marque el cuadrado adecuado:**

- Mi hijo/a no tiene ninguna condición de salud que le afecte en la escuela.
- Historia de **concusión** diagnosticado/a por un especialista - Fecha de la concusión \_\_\_\_\_
- Preocupación de audición     Su hijo usa ayuda auditiva
- Tiene su hijo/a un problema de audición conocido
- Problemas de visión     Lentes     Lentes de contacto
- Sensibilidad a alguna comida \_\_\_\_\_  Otras alergias – (Por ejemplo medicamentos, polen): \_\_\_\_\_
- Otro : \_\_\_\_\_

### **Medicinas: Prescripción(con receta), suplementos, medicamentos sin receta (pastillas, gotas para ojos, cremas, etc):**

Tiene su hijo/a que tomar medicina en la escuela todos los días?    Sí  No:

Tiene su hijo/a que tomar medicina en la escuela algunas veces?    Sí  No

Si marco **Sí**, una orden médica debe estar en la escuela, por todos los medicamentos (por el protocolo de la escuela RCW 28A.210.206 4320).

### **Contactos: Por favor proporcionar contactos y números de teléfonos actuales**

	Padre/apoderado/a	Madre/apoderado/a
Padres/apoderados		
Teléfono primario		
Correo electrónico		

Firma (padre/apoderado) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_