



Historia de la Salud del Estudiante Año escolar 2024-25

Por favor, marque todas las condiciones que correspondan. Si su hijo no tiene afecciones crónicas de salud, pase a la casilla final y firme abajo. Toda la información que se proporciona en este formulario se compartirá con el personal escolar apropiado según sea necesario para garantizar la salud y seguridad de su estudiante.

Apellido del estudiante

Primer nombre

Fecha de nacimiento

Grado

Escuela

Las condiciones de salud que amenaza la vida | Formularios requeridos de la sala de salud: www.lkstevens.wednet.edu/health-forms

RG Asma grave (Ver abajo si no es severo)

EG Alergia grave (que requiere EpiPen) Alergia a: _____

EK Diabetes Tipo 1 (dependiente de insulina)

GE Disfagia: _____

NP Sufre de convulsiones C_ Problemas cardiacos:

BB Hemofilia

Ley estatal requiere que los estudiantes con amenaza para la vida con condiciones como la anafilaxia, el asma, las convulsiones, la cardiopatía, la hemofilia o la diabetes deben tener una reunión con la enfermera de la escuela y un plan de atención antes del primer día de clases.

Apellido del estudiante para que su estudiante asista a la escuela, comuníquese con la enfermera del edificio después de completar todo el papeleo.

Otras condiciones

NB ADHD / ADD Diagnosticado por: _____

ED Alergia - Comida: _____

EE Alergia - Insecto: _____

EM Alergia - Medicamentos: _____

EC Alergia - Estacional: _____

EB Alergia - Animal: _____

PA Ansiedad

RG Asma actualmente tratada (no grave) con inhalador

RH El historial de asma ya no usa inhalador

NC Desorden del espectro autista

B_ Condición de la sangre: _____

GA Enfermedad celíaca

NE Parálisis cerebral

YA Infecciones crónicas del oído

UB Infecciones crónicas del tracto urinario

NU Historia de conmoción cerebral / lesión cerebral traumática

EJ Fibrosis quística

PC Depresión

NF La discapacidad del desarrollo

EL Diabetes tipo 2

EN Trastorno alimentario

GH Reflujo ácido/ GERD

N_ Dolores de cabeza o Migrañas

GK Intestino irritable o Chron

M_ Trastorno musculoesquelético: _____

RE Enfermedad reactiva de las vías respiratorias

EU Condición tiroidea: _____

Otros antecedentes médicos pertinentes (hospitalizaciones, lesiones, otros diagnósticos / condiciones no enumerados):

Por favor enumere TODOS los medicamentos actuales (circule aquellos que se tomarán en la escuela):

Tenga en cuenta: la ley estatal requiere un permiso por escrito del proveedor de atención médica y los padres antes de que cualquier medicamento (con receta Y sin receta médica) se pueda llevar y / o tomar en la escuela. Formularios disponibles en línea y en la oficina de cada escuela.

Mi estudiante usa: Gafas YF Lentes de contacto YF Audífonos YB Otro:

Mi estudiante no tiene condiciones de salud crónicas en este momento.

Si no se puede contactar al padre / tutor o al contacto de emergencia autorizado en el momento de una emergencia médica, y si la atención inmediata es urgente a juicio de las autoridades escolares, autorizo y dirijo a las autoridades escolares que envíen al estudiante al centro de salud más cercano y más apropiado. Entiendo que asumiré toda la responsabilidad por el pago de cualquier servicio prestado.

Fecha:

Firma:

Relación:

Teléfono: