



Actualización Anual de Salud Estudiantil

Nombre del estudiante: _____ Fecha: _____

Los padres / tutores son responsables de notificar a la escuela si hay una condición de salud nueva o existente. Esto ayuda a asegurar que su hijo reciba atención segura y apropiada en la escuela.

SÍ	NO	CONDICIONES DE SALUD
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Recientemente su hijo ha sido tratado por una lesión o enfermedad? (describir):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desorden de déficit de atención (ADD)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Déficit de atención con trastorno de hiperactividad (ADHD)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias <input type="checkbox"/> Alimentos (Por favor liste): _____ <input type="checkbox"/> Abeja <input type="checkbox"/> Alergias a medicamentos (Por favor liste): _____ Describa la reacción: _____ ¿Su niño tiene un Epi-Pen recetado para las alergias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>En caso afirmativo:</i> <input type="checkbox"/> La escuela recibirá Epi-Pen <input type="checkbox"/> Epi-Pen será llevado por estudiantes <i>Todos los estudiantes con alergias que amenazan la vida necesitan un plan de atención de alergia alimentaria y anafilaxia completado por el proveedor de atención médica y los padres / tutores. Por favor, solicite el formulario a su enfermera de la escuela.</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma: Marque la casilla que mejor describa a su hijo: <input type="checkbox"/> Utiliza inhalador 2 días o menos por semana <input type="checkbox"/> Usa inhalador más de 2 días por semana, pero no diariamente <input type="checkbox"/> Usa inhalador diariamente <input type="checkbox"/> Usa inhalador varias veces al día Por favor marque uno: <input type="checkbox"/> La escuela recibirá un inhalador <input type="checkbox"/> La escuela recibirá tratamientos con nebulizador <input type="checkbox"/> El estudiante llevará un inhalador <input type="checkbox"/> No se necesita inhalador en la escuela <i>Todos los estudiantes con inhaladores necesitan una Tarjeta de Acción de Asma del Estudiante completada por el proveedor de atención médica y los padres / tutores. Por favor, solicite el formulario a su enfermera de la escuela.</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes: <input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2 <i>Todos los estudiantes con diabetes necesitan un Plan de Manejo de Diabetes por parte del proveedor de cuidados de la salud (su médico los provee) y los padres. Se debe dar una copia a su enfermera de la escuela.</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Discapacidad auditiva o pérdida completa (describir):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Condición del corazón (describa):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas musculares / óseos (huesos) / articulares (describir):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migrañas (diagnosticadas por el proveedor de atención médica):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno neurológico (describir):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Psicológicos / Emocionales / de Comportamiento (describa):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno convulsivo (describir): ¿Con qué frecuencia ocurren las convulsiones? ¿Cuánto duran las convulsiones por lo general? ¿Cuándo fue la última convulsión?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros problemas de salud que pueden afectar al niño en la escuela (describir):

Por favor notifique a la escuela de cualquier cambio en la salud de su hijo durante el año escolar.