

# Forma Anual de Información de Salud del Estudiante



Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Estudiante Grado \_\_\_\_\_ Género (circule) M F  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Número de identificación \_\_\_\_\_  
 Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Padre/Tutor Cel # \_\_\_\_\_ Padre/Tutor Casa # \_\_\_\_\_  
 Padre/Tutor Trabajo # \_\_\_\_\_ Padre/Tutor - Correo Electrónico \_\_\_\_\_

En un esfuerzo para proveer la seguridad y el cuidado requerido para su hijo en la escuela, cada año el Departamento de Servicios de Salud de Dallas ISD requiere la siguiente información para completar el registro de su hijo. El Dallas ISD mantiene confidencial toda información médica acerca de su hijo como es requerido por los Derechos Educativos de la Familia y Acta de Privacidad y otras leyes aplicables. Sin embargo, la información acerca de su hijo será comunicada al personal de la escuela del Dallas ISD quienes requieren la información para servir mejor a su hijo. **Si su hijo tiene una condición médica aguda o crónica, o hay cambios de salud durante el año escolar, es su responsabilidad como padre/guardián de informar a la enfermera de la escuela y mantener al día esta información.**

**PROBLEMAS ABDOMINALES:**  
 Debido a:  Síndrome de intestino irritado  Reflujo gástrico  
 Enfermedad de Crohn  Inflamación del colon  
 Estreñimiento  Otro \_\_\_\_\_  
 ¿Qué medicamentos toma para esto? \_\_\_\_\_

**ADD/ADHD:** ¿Cuándo fue diagnosticado su hijo? \_\_\_\_\_  
 ¿Está su hijo bajo cuidado médico por esta condición? **Sí No**  
 ¿Qué medicamentos toma para esto? \_\_\_\_\_

**ALERGIAS:** (aparte de alergias de temporada)  
 Alergias a comida (¿Cuál?): \_\_\_\_\_  
 Alergia a medicina (¿Cuál?): \_\_\_\_\_  
 Alergias a insectos (¿Cuáles?): \_\_\_\_\_  
 Alergia al látex  
 ¿Síntomas de la reacción? \_\_\_\_\_  
 ¿Ha recetado un médico epinefrina para este tipo de alergias? **Sí No**  
 (Si usted marcó "Sí", por favor hable con la enfermera de la escuela.)  
 ¿Qué medicamentos toma para esto? \_\_\_\_\_

**DESÓRDENES SANGUÍNEOS:**  
 Anemia celular falciforme  
 Rasgo de anemia celular falciforme  
 Desórdenes de coagulación (como hemofilia)  
 Otro, por favor especifique \_\_\_\_\_  
 ¿Qué medicamentos toma para esto? \_\_\_\_\_

**PROBLEMAS DE RESPIRACIÓN:**  Asma  Fibrosis cística  
 Traqueotomía  Otra \_\_\_\_\_  
 ¿Cuándo fue diagnosticado su hijo? \_\_\_\_\_  
 ¿Está su hijo bajo cuidado médico por esta condición? **Sí No**  
 ¿Qué medicamentos toma para esto? \_\_\_\_\_  
 ¿Con qué frecuencia usa su hijo el inhalador? \_\_\_\_\_  
 ¿Usa su hijo un nebulizador? **Sí No**  
 ¿Tiene tos en la noche? **Sí No**

**ENFERMEDADES TRANSMISIBLES:**  
 ¿Ha tenido su hijo la varicela? **Sí No** Fecha: \_\_\_\_\_  
 ¿Ha tenido su hijo una prueba positiva de tuberculosis? **Sí No** Fecha: \_\_\_\_\_

**DIABETES:**  Tipo 1  Tipo 2  
 ¿Qué medicamentos toma para esto? \_\_\_\_\_

**OÍDOS, OJOS, NARIZ:**  Frecuentes infecciones de oído  
 Pérdida de audición **D / I** ¿Usa su hijo un audifono? **Sí No**  
 Frecuente sangrado de nariz debido a: \_\_\_\_\_  
 Usa lentes o lentes de contacto **Sí No**  
 Pérdida visual que no puede ser corregida con lentes/lentes de contacto: **D / I**

**PROBLEMAS EMOCIONALES:**  Depresión  OCD  Bipolar  
 Fobia a la escuela  Otro \_\_\_\_\_  
 ¿Cuándo fue su hijo diagnosticado? \_\_\_\_\_  
 ¿Está su hijo bajo cuidado médico por esta condición? **Sí No**  
 ¿Qué medicamentos toma para esto? \_\_\_\_\_

**CONDICIONES CARDIACAS O DEL CORAZÓN:**  
 Síndrome de Q/T largo  Ritmo cardiaco irregular  
 Defecto cardiaco; tipo: \_\_\_\_\_ ¿Reparado? **Sí No**  
 Presión alta  Otra \_\_\_\_\_  
 ¿Qué medicamentos toma para esto? \_\_\_\_\_

**MÚSCULO, HUESO, DESORDEN DE ARTICULACIONES:**  
 Artritis  Escoliosis  Otra \_\_\_\_\_  
 ¿Hay restricciones de ejercicio por esta condición? **Sí No**  
 ¿Está su hijo bajo cuidado médico por esta condición? **Sí No**  
 ¿Qué medicamentos toma para esto? \_\_\_\_\_

**NEUROLÓGICO:**  Migrañas  Desorden de Espectro Autístico  
 Convulsión, tipo: \_\_\_\_\_ Última convulsión \_\_\_\_\_  
 Parálisis cerebral  espina bífida  Otro \_\_\_\_\_  
 ¿Qué medicamentos toma para esto? \_\_\_\_\_

**OTRAS CONDICIONES DE SALUD:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
**Procedimientos especiales:** (tubo para alimentos, sondas, etc.)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**TODA medicina administrada durante horas de clase y actividades escolares debe ser traída a la clínica.** Se requiere por separando un formulario de permiso por cada medicamento. La ley de Texas requiere permiso del padre y del médico para llevar consigo un inhalador o epinefrina de emergencia en la escuela. Comuníquese con la enfermera de la escuela para más información.

Medicinas no mencionadas arriba	Cantidad	Razón	Casa/Escuela
_____	_____	_____	_____

**Que yo sepa mi hijo(a) NO TIENE NINGUNA CONDICIÓN DE SALUD y no requiere ninguna medicina en la casa o la escuela.**

Nombre del Padre/Tutor legal \_\_\_\_\_ Firma del Padre/Tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 SC 0300019