

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 audífono? **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 cardíaco irregular
 Defecto cardíaco; 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