

# Antecedentes de salud del estudiante



Actualice la información de salud de su estudiante para poder darle la mejor atención posible en la escuela.

## Información del estudiante

Apellido del estudiante	Nombre del estudiante	Género
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Maestro	Grado
Nombre del padre de familia/tutor (letra de imprenta)	Teléfono de la casa del padre de familia/tutor	Teléfono celular del padre de familia/tutor
Correo electrónico del padre de familia/tutor:	Nombre/dirección del profesional de la salud autorizado	Teléfono del profesional de la salud

## Antecedentes médicos del estudiante

Marque todas las opciones que correspondan.

<input type="checkbox"/> Alergias (ver abajo)	<input type="checkbox"/> Diabetes (ver abajo)	<input type="checkbox"/> Trastornos convulsivos (ver abajo)
<input type="checkbox"/> Asma (ver abajo)	<input type="checkbox"/> Problemas alimenticios	<input type="checkbox"/> Problemas de la piel/eczema
<input type="checkbox"/> Preocupaciones por el comportamiento	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/migrañas frecuentes	<input type="checkbox"/> Problemas estomacales/intestinales
<input type="checkbox"/> Problemas de la vejiga/intestino	<input type="checkbox"/> Problema de audición	<input type="checkbox"/> Trastornos urinarios/renales
<input type="checkbox"/> Trastornos sanguíneos	<input type="checkbox"/> Problemas cardíacos (ver abajo)	<input type="checkbox"/> Problemas de la vista
<input type="checkbox"/> Cerebro ( <i>lesiones, condiciones, cirugía, etc.</i> )	<input type="checkbox"/> Discapacidades físicas	<input type="checkbox"/> Problemas de la vista: ¿usa anteojos/lentes de contacto?
<input type="checkbox"/> Otro ( <i>escriba</i> )		

### Alergias

<input type="checkbox"/> Alergia a la picadura de abeja	<input type="checkbox"/> Alergia alimentaria ( <i>especifique</i> )	<input type="checkbox"/> Otra alergia ( <i>especifique</i> )
---	---	--

Describa la reacción alérgica y el tratamiento:

¿El profesional de atención de la salud de su estudiante le ha aconsejado tener un EpiPen?  No  Sí

Si su respuesta es "sí", su estudiante debe tener una orden médica y un EpiPen antes de asistir a la escuela.

### Asma

Indique los desencadenantes correspondientes:  alergias  ejercicio  irritantes  infecciones respiratorias  clima (aire frío)

Si indicó "asma" arriba, elabore un plan de tratamiento del asma (ASP-1) antes de asistir a la escuela.

### Condición potencialmente mortal

Si su estudiante tiene una condición potencialmente mortal, como diabetes, problemas cardíacos o trastornos convulsivos, póngase en contacto con el personal de enfermería de la escuela para conseguir los documentos requeridos antes de que su estudiante asista a la escuela.

### Otra información de la salud

¿Su estudiante tiene algún problema de salud que afecte su vida cotidiana o participación en la escuela?  No  Sí Si la respuesta es "sí", explique:

Indique cualquier lesión u operación importante:

¿Su estudiante debe tomar medicamentos?  No  Sí

¿Su estudiante debe tomar medicamentos en la escuela?  No  Sí

Indique los nombres de los medicamentos y por qué los toma:

¿Tiene alguna otra necesidad o preocupación especial?

### Política para la administración de medicamentos a los estudiantes

Los medicamentos orales, ya sean prescritos o de venta libre, pueden ser administrados a los estudiantes solo con permiso escrito del padre de familia/tutor y un proveedor de atención médica autorizado. Puede obtener los formularios de **autorización para la administración de medicamentos en la escuela** en [internet](#) o llamar al personal de enfermería de la escuela.

### Lesiones en la escuela

Si su estudiante se lesiona en la escuela, contactaremos a: 1) el padre de familia/tutor o contacto de emergencia; y 2) el 911, de ser necesario.

*Autorizo la divulgación de la información médica de mi estudiante al personal de la escuela para asegurar su seguridad en la escuela. Entiendo que será mi responsabilidad pagar la atención médica si mi estudiante sufre alguna lesión. He leído y entendido este formulario.*

Nombre del padre de familia/tutor (letra de imprenta)

Firma del padre de familia o tutor

Fecha (mm/dd/aaaa)