



# 2024-25 Inventario Anual de Salud

SE REQUIERE QUE SE COMPLETE ANUALMENTE ESTE FORMULARIO. FECHA DE VENCIMIENTO ES EL PRIMER DIA DE ESCUELA.

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Maestro/a: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

¿Está su niño bajo el cuidado de un médico especialista? (por ejemplo, doctor de oídos, alergista, ortodontista o psicólogo)  Sí  No

Si eso es el caso, explique por favor: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su niño un examen físico durante el último año?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Doctor:	Fecha del examen:
¿Ha tenido su niño un examen de los ojos durante el último año?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Oculista:	Fecha del examen:
¿Usa su niño en la escuela anteojos o lentes de contacto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Para cerca, para lejos, en todo momento	(circule uno)
¿Ha tenido su niño un examen dental durante el último año?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dentista:	Fecha del examen:
¿Tiene su hijo pérdida de audición? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Usa audífonos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Audiólogo:	Fecha del examen:
¿Ha tenido su hijo una operación o enfermedad grave?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explique por favor:	

### PROBLEMAS DE SALUD – CONDICIONES DE SALUD PELIGROSAS

Si existe una condición de salud peligrosa, una orden de medicación o tratamiento de un profesional de salud con licencia debe ser proporcionado a la escuela de su hijo antes de que asista la escuela. Si existe una condición de salud, un plan de atención de emergencia podrá ser desarrollado por la enfermera escolar.

Mi hijo/a **NO TIENE NINGUN** problema de salud.

**Si tiene problemas de salud, marque lo que corresponda:**

ASMA Inhalador de rescate:  Sí  No Fecha de última vez usada: \_\_\_\_\_

ALERGIAS  Localizadas  Severa (anafiláctico)

TIPO DE ALERGIA:  Comida  Medicamento  Picadura de insecto  Látex  De medio ambientales  Otro \_\_\_\_\_

Liste las alergias: \_\_\_\_\_ Tratamiento: \_\_\_\_\_

DIABETES:  Tipo 1  Tipo 2 Administrado por:  Solamente con dieta  medicamento oral  inyecciones de insulina  pompa de insulina

DESORDEN CONVULSIVO: Tipo de convulsión: \_\_\_\_\_ Fecha de última convulsión: \_\_\_\_\_ Diastat:  Sí  No Lorazepam:  Sí  No Otro: \_\_\_\_\_

CANCER/DESORDEN SANGUINEO: Por favor especifique: \_\_\_\_\_

ANOREXIA O BULIMIA  ENFERMEDAD RENAL  ADD/ADHD  AUTISMO  HEMORRAGIAS FRECUENTES NASALES

DOLORES FRECUENTES DE CABEZA  DOLORES FRECUENTES DE ESTÓMAGO  HEPATITIS

CONDICIÓN O ENFERMEDAD DEL CORAZÓN  FIEBRE REUMÁTICA  LESIONES GRAVES EN LA CABEZA

OTRAS PROBLEMAS DE SALUD

Por favor explique cualquier condición que marco: \_\_\_\_\_

¿Tiene su niño cualquier otra condición que quizás afecte su aprendizaje? \_\_\_\_\_

¿Tiene su niño otra condición que requiera consideración especial en clase o para la educación física? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido algún evento traumático en su familia durante los últimos 12 meses que afectaran la experiencia escolar de su hijo de manera adversa? \_\_\_\_\_

### MEDICAMENTOS

Antes de administrar cualquier medicamento en la escuela, se requiere una autorización por escrito de un profesional de salud con licencia y del padre/tutor legal. **Un formulario de Autorización para la Administración de Medicamentos está disponible en la oficina de la escuela o en la página de inicio del sitio web del distrito bajo Formularios de Administración de Medicamentos para Estudiantes y Padres y Estudiantes, Salud del Estudiante.**

¿Necesita su medicamento en casa?  Sí  No Si eso es el caso, nombre del medicamento y condición \_\_\_\_\_

¿Necesita su medicamento en la escuela?  Sí  No Si eso es el caso, nombre del medicamento y condición \_\_\_\_\_

En caso de una emergencia que requiera tratamiento médico u hospitalización, la escuela está autorizada a llamar al 911 y/o a:

Nombre de Doctor: \_\_\_\_\_ Domicilio de Doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono de Doctor: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Mi firma concede permiso para que la enfermera de la escuela se ponga en contacto o pueda discutir o revisar la información sobre la atención médica de mi hijo con su médico.

Firma del padre /tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

	Nombre/Relación	Teléfono
Contacto #1		
Contacto #2		
Contacto #3		