Información de alerta médica para 2024/2025

Nombre legal completo del estudiante: _____Fecha de nacimiento: _____

Complete este formulario y firme abajo. La información médica del estudiante se puede compartir con el personal de la escuela por escrito, de forma oral o en formato electrónico en los casos que sea necesario conocerla y según sea necesario para proteger la salud del niño. Proporcione a la enfermería las actualizaciones que sean necesarias. La información médica del estudiante se solicita al comienzo de cada año escolar.

☐ **NO TIENE PROBLEMAS FÍSICOS**

Alergias (con confirmación médica)

- ☐ Ambientales _____
- ☐ Alimentarias _____
- ☐ Insectos _____
- ☐ Medicamentos _____
- ☐ Otras _____
- ☐ Tiene recetado un autoinyector de epinefrina
- ☐ Tiene recetados medicamentos por vía oral _____
- ☐ No necesita tomar medicamentos en la escuela

Asma (con confirmación médica)

- ☐ Necesita tomar medicamentos en la escuela _____
- ☐ No necesita tomar medicamentos en la escuela

TDA/TDAH

- ☐ Necesita tomar medicamentos en la escuela_____
- ☐ Toma medicamentos en casa _____
- ☐ Tiene el diagnóstico, pero no toma medicamentos

Afección cardiovascular

- ☐ _____

Afección congénita

- ☐ _____

Diabetes

- ☐ Fecha de diagnóstico ____/____/_____
- ☐ Insulinodependiente
- ☐ No es insulinodependiente
- ☐ _____

Migrañas

- ☐ Necesita tomar medicamentos en la escuela _____
- ☐ Tiene un diagnóstico, pero no necesita tomar medicamentos en la escuela

Problemas gastrointestinales

- ☐ _____

Audición

- ☐ Usa audífono(s)
- ☐ Edad a la que se le diagnosticó pérdida de la audición: _____

Afección renal (urinaria)

- ☐ _____

Convulsiones/afección neurológica

- ☐ Necesita tomar medicamentos en la escuela _____
- ☐ Toma medicamentos en casa _____
- ☐ Antecedentes de convulsiones, pero actualmente no toma medicamentos (fecha de la última convulsión ___/___/___)
- ☐ Trastorno del espectro autista (TDA)
- ☐ Otra afección neurológica _____

Trastorno de salud mental

- ☐ Ansiedad
- ☐ Depresión
- ☐ Otro _____

Visión

- ☐ Corregida con anteojos recetados
- ☐ Otro problema _____

Otro

- ☐ Otro problema de salud que pueda afectar el desempeño escolar/la asistencia _____
- ☐ Necesita tomar medicamentos en la escuela que no se indicaron aquí _____
- ☐ Restricciones físicas _____
  _____

NOTA: Si necesita tomar medicamentos, el padre/la madre o tutor y el proveedor de atención médica deben completar un Formulario de autorización para la administración de medicamentos en la escuela con el fin de que se le administren medicamentos en la escuela. Los estudiantes mayores de 12 años pueden llevar consigo y autoadministrarse medicamentos, de conformidad con las disposiciones de la norma BP 5432 "Medicamentos en la escuela". Si desea obtener más información, comuníquese con la enfermería de la escuela.

Tratamiento del estudiante y autorización de retiro: *Entiendo que, en caso de accidente o enfermedad, la escuela hará todo lo posible por comunicarse con el padre, la madre o el tutor de mi hijo. Si no pueden localizar al padre, a la madre o al tutor, autorizo y pido a las autoridades escolares que obtengan atención de emergencia para mi hijo. Si la enfermedad o lesión no representa una emergencia y el personal de la escuela no puede comunicarse con el padre, la madre o el tutor, doy mi autorización para que el personal de la escuela le permita retirar a mi hijo a la persona de contacto alternativo que he designado.*

Firma del padre, de la madre o del tutor _____**Fecha** _____