



ACTUALIZACION ANUAL DE SALUD PARA LOS ESTUDIANTES EN LA ESCUELA

Utilizamos esta información actualizada para ayudar en el cuidado de su hijo en la escuela. Por favor complete cuidadosamente ambos lados de este formulario y entregarlo a la oficina de salud de la escuela tan pronto como sea posible.

En orden de proporcionar un ambiente seguro y saludable para su hijo, esto es información confidencial se podrá acceder a: Personal de Salud Escolar, maestros de su hijo y cuidadores y personal medico de emergencia.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M F

Escuela: _____ Grado: _____ Fecha de hoy: _____

PADRES/TUTORES: Si su niño, tiene una condición médica grave, es vital que usted hable con su Oficina de Salud de Inmediato. **Debe comunicar condiciones que amenaza la vida antes de empezar la escuela.** Estas condiciones pueden requerir un plan de atención emergencia (por RCWA28A.210.320). **Si se necesita una medicación de emergencia o plan, y la documentación adecuada no esta en su lugar, tenemos la obligación de EXCLUIR al niño de la escuela.**

Al rellenar y firmar este formulario, usted como madre o padre/tutor acepta que será responsable de comunicar CUALQUIER cambio en este formulario a la oficina de la escuela y a la oficina de salud.

CONDICIONES DE SALUD QUE AMENAZAN LA VIDA: Si usted marca una de las cajas debe que contactar la oficina de salud de la escuela.

- **Asma – GRAVE**, por favor conteste las siguientes preguntas.
 - Si No ¿Usa su niño un inhalador de rescate de forma rutinaria para los síntomas del asma?
 - Darío Semanal Mensual (ej.: Atrovent, ProAir, Ventolin)
 - Si No ¿Su hijo ha utilizado esteroides para los síntomas de asma en el ultimo ano?
 - esteroides inhalados (ej.: Flovent or Qvar) o Prednisone
 - Si No ¿Ha sido hospitalizado su hijo para el asma en el ultimo ano?
- **Alergia – GRAVE, CON UNA PRESCRIPCION DE EPINEFRINA (EPI-PEN)**
Causa de la alergia (Picadora de abeja, de cacahuete/nuez, alimentos, medicamentos, otro): _____
Describir las reacciones anteriores: _____
- **Diabetes, Tipo 1**
Fecha del diagnostico: _____ Usa pumpa Si usa, para cuanto anos la ha usado? _____
- **Trastorno Convulsivo**
 Actualmente toma medicamentos para convulsivo.
- **Otras cuestiones potencialmente peligrosas para la vida:**
- **Mi niño NO tiene cuestiones potencialmente peligrosas para la vida.**

- Alergia, **no** amenazan la vida:

Alérgeno: _____ Reaccion: _____

Alérgeno: _____ Reacción: _____

- Historia de conmociones cerebrales/lesión craneal:

Fecha de herida: _____ Vieron un medico? _____

Fecha de herida: _____ Vieron un medico? _____

- ¿Preocupaciones de audición? tiene una perdida auditiva conocida ¿Usa audiófonos?
- ¿Preocupaciones de visión? Lentes Contactos
- Otro preocupaciones (Por favor de contractar la oficina de salud de la escuela): _____

- **Mi niño no tiene ninguna de las condiciones mencionadas.**

Historia de salud Por favor revise las condiciones de salud que se aplican a su hijo.

Condiciones de salud	Si	No	Explica:
Cerebro o trastorno de la medula			
Parálisis cerebral			
Migrañas			
ADD/ADHD /Hiperactividad			
Problemas de comportamiento de salud mental			
Corazón/enfermedad cardiovascular			
Sangre/trastorno de la coagulación			
Problemas de respiración (con asma - Modico)			
Problemas digestivos / problemas del estomago			
Problemas intestinales			
Problemas de vejiga			
Problemas de la medula / musculares			
Otro:			

La ley RCW 28A.210.120 de inmunización escolar de Washington establece que usted debe proporcionar registros de inmunización verificados médicamente para su hijo antes del primer día de clases. Al firmar este formulario, usted da permiso para agregar las vacunas de su hijo/a en el Sistema de Información de Vacunación del estado de Washington para conservar los registros de vacunación de su hijo/a

Medicamentos:

¿Toma medicamento su niño en su hogar? Si No

Si es así, y quiere que le escuela consciente en caso de una emergencia, por favor rescriba las aquí:

¿Quiere que su niño tome medicamentos EN LA ESCUELA? SI*** No

**** SI ES SI DEBEN QUE CONTACTAR LA OFICINA DE SALUD DE LA ESCUELA y completar documentación necesaria. SI ocupa medicamentos durante la escuela; RCW 28A.210.206 requiere formulario de autorización escrita de los medicamentos que se administran en la escuela, para ser firmada por el padre/tutoré y un proveedor de salud. Pregunte a su escuela para estas formas, o descargarlos desde el sitio web del distrito.**

Incluye medicinas compradas en la tienda, prescripción, hierbas y medicamentos naturistas.*

Nombre de el Doctore: _____

PADRE/TUTORE IMPRESIÓN DE NOMBRE: _____

Fecha: _____

FIRMA DE PADRE/TUTORE: _____

Numero de telefono: _____

Es posible FIRMA que la IDE nformación de este PADRE/TUTORE: formulario se comparta confidencialmente con el personal de la escuela y los servicios de emergencia, Numero según sea de necesariteléfono. En o: caso de que mi hijo sufra una emergencia médica, entiendo que se hará todo lo posible por informarme. Si se necesita atención de emergencia, autorizo a profesionales calificados a que hagan una evaluación, den un diagnóstico y brinden cualquier tratamiento de emergencia que sea necesario. Entiendo que el distrito escolar no asume ninguna responsabilidad financiera por los gastos ocasionados por accidentes, lesiones ni circunstancias imprevistas. Entiendo que, según la ley de Washington, las vacunas de mi hijo deben estar completas o en curso antes de comenzar la escuela. Doy permiso a la escuela de mi hijo para que incorpore las vacunas en el Sistema de Información sobre Vacunación del estado de Washington para mantener el registro de vacunación de mi hijo. Al rellenar y firmar este formulario, usted como padre/tutor acepta que será responsable de comunicar CUALQUIER cambio en este formulario a la oficina de la escuela y al especialista de salud.