



# INFORMACIÓN ANUAL DE EMERGENCIAS Y SALUD DE LOS ESTUDIANTES

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nac. \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_ Grado/maestro \_\_\_\_\_

Padre de familia/tutor \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Médico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> Mi estudiante tiene una condición de salud potencialmente mortal	<input type="checkbox"/> Mi estudiante <b>NO TIENE PROBLEMAS DE SALUD</b> en este momento
--	---

Antecedentes médicos del estudiante: ¿Su estudiante tiene alguna de estas condiciones? Marque las opciones que correspondan:

Trastorno por déficit de atención/trastorno por déficit de atención e hiperactividad	Diabetes (ver abajo)	Discapacidades físicas
Trastorno del espectro autista	Problemas alimenticios	Trastornos convulsivos (ver abajo)
Alergias (ver abajo)	Ayuda con la alimentación	Problemas de la piel/eczema
Asma (ver abajo)	Dolores de cabeza/migrañas frecuentes	Problemas sociales, emocionales y conductuales
Problemas de vejiga, riñón o intestino	Problema de audición	Problemas estomacales/intestinales
Trastornos sanguíneos	Problemas cardíacos (ver abajo)	Problemas de la vista
Cerebro (lesiones, condiciones, cirugía, etc.)	Otras condiciones de la salud	Anteojos/lentes de contacto

### Alergias:

Picadura de abeja     Alergias alimentarias (especifique) \_\_\_\_\_     Otras alergias (especifique) \_\_\_\_\_

Describe la reacción alérgica y el tratamiento \_\_\_\_\_

\*¿El médico de su estudiante le ha aconsejado que lleve un EpiPen?     Sí     No

**Asma** Marque los desencadenantes que correspondan:     Alergias     Ejercicio     Irritantes     Infecciones respiratorias     Cambios del clima

**\*\*ATENCIÓN, PADRES DE FAMILIA/TUTORES\*\*** La escuela **debe tener conocimiento de condiciones POTENCIALMENTE MORTALES (como alergia grave con anafilaxis, diabetes, problemas cardíacos, convulsiones) antes de que el estudiante asista a la escuela**, ya que esto requiere un plan adicional, según el Código Revisado de Washington 28.A210.320. Contacte al personal de enfermería de la escuela para comenzar el proceso.

Indique otras condiciones de la salud: \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS**    Indique los medicamentos que toma.

Medicamento: \_\_\_\_\_    En: \_\_\_\_\_     Hogar     Escuela

Medicamento: \_\_\_\_\_    En: \_\_\_\_\_     Hogar     Escuela

Medicamento: \_\_\_\_\_    En: \_\_\_\_\_     Hogar     Escuela

### \*\*Política sobre medicamentos en la escuela\*\*

Los administradores de la escuela o sus personas designadas pueden administrar medicamentos a los estudiantes, ya sean prescritos o de venta libre, solo con **AUTORIZACIÓN ESCRITA del padre de familia/tutor Y si la escuela ha recibido una orden para la administración del medicamento en la escuela emitida por un médico acreditado**. Entiendo que los médicos acreditados tienen formularios para autorizar la administración de medicamentos, que también están disponibles en las escuelas del TSD o en internet, en el sitio web del TSD.

**\*\*Autorizo a la escuela/guardería de mi estudiante a añadir información sobre las vacunaciones en el sistema de información sobre vacunas para ayudar a mantener los expedientes de mi hijo y para la divulgación de la información.**

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

**\*\* Si su estudiante se enferma o lesiona en la escuela, haremos todos los esfuerzos posibles para contactar al padre de familia/tutor legal o al contacto de emergencia y llamaremos al 911 si la lesión o enfermedad lo amerita. Para garantizar su seguridad, autorizo la divulgación de la información médica relacionada con mi estudiante al personal de la escuela, según sea necesario. Entiendo que seré responsable de pagar la atención médica si mi estudiante se enferma o lesiona.**

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