



# SAN LUIS COASTAL UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Division of Educational Services / Student Support Services

## 2025-2026 Información Confidencial para la Enfermera Estudiantil

Esta información ayudará al personal de la escuela a planificar las necesidades de su hijo y su seguridad en la escuela. **Si su hijo/a tiene una condición de salud grave, por favor comuníquese con la enfermera de la escuela inmediatamente por medio de la secretaria de su escuela.**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombres de los Representantes: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nivel de Grado: ☐ Preescolar ☐ TK/Kinder ☐ Estudiante nuevo Grado: \_\_\_\_\_

☐ Mi niño/a **no** tiene ninguna condición de salud **Firma del Representante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Asma:** ☐ Severa ☐ Moderada Causas: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

**Alergias:** ☐ Anafilaxia: Epipen ☐ Severa ☐ Moderada Causas: \_\_\_\_\_

Síntomas: \_\_\_\_\_

Tratamiento/Medicamento: \_\_\_\_\_

Episodio más reciente: \_\_\_\_\_

**Diabetes:** ☐ Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐ insulina en la escuela ☐ inyección/pluma ☐ bomba ☐ Independiente en el cuidado

Notas: \_\_\_\_\_

**Convulsiones:** **Historia:** Edad del primer incidente: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

Tratamiento: \_\_\_\_\_

**Trastorno convulsivo actual:** Tipo: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

Ataque más reciente: \_\_\_\_\_

Tratamiento/Medicamento: \_\_\_\_\_

**Medicamento\*:** Nombre: \_\_\_\_\_ ☐ Tomado en la escuela ☐ Tomado en casa

**Se requiere un formulario de autorización de medicamentos de la escuela completado por un padre y un médico para CUALQUIER medicamento (incluso medicamentos de venta libre) para tomar en la escuela (formulario disponible en la oficina).**

**Usa lentes:** Sí ☐ No ☐ Notas: \_\_\_\_\_

**Pérdida de audición / preocupaciones:** ☐ Sí ☐ No Notas: \_\_\_\_\_

**Otro:** Por favor describa cualquier condición de salud, no especificada arriba, que puede ayudar al personal de la escuela en la planificación de las necesidades de su hijo y para proveerle primeros auxilios, como por ejemplo efectos secundarios de cualquier medicina, uso de audífonos, aparatos ortopédicos, yesos temporales etc.

**Dormir:** ¿Tu hijo tiene problemas a la hora de irse a dormir? Sí ☐ No ☐

Si es así, por favor explique\_\_\_\_\_

¿Su hijo parece estar demasiado cansado o somnoliento durante el día? Sí ☐ No ☐

Si es así, por favor explique\_\_\_\_\_

¿Tu hijo todavía toma siestas? Sí ☐ No ☐

Si es así, por favor explique\_\_\_\_\_

¿Tu hijo se despierta mucho por la noche? Sí ☐ No ☐

Si es así, por favor explique\_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene una hora regular para acostarse y para despertarse? Sí ☐ No ☐

Si es así, por favor explique\_\_\_\_\_

¿Su hijo ronca mucho o tiene dificultad para respirar durante la noche? Sí ☐ No ☐

Si es así, por favor explique\_\_\_\_\_

☐ Sí ☐ No Doy mi permiso para que el personal de la escuela discuta las condiciones/medicamentos indicados aquí con el médico(s) cuyo nombre aparece en la Tarjeta de Información de Emergencia.

**Firma del Representante**

**Fecha**

**Firma de Enfermera**

**Fecha**