



**Mansfield School District #207**

P.O. Box 188, 491 Road 14 NE  
Mansfield, WA 98830  
(509) 683-1012 FAX (509) 683-1281

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE SALUD DEL NIÑO**

La información que se solicita a continuación es para ayudar al personal de la escuela a entender cualquier problema de salud que pueda afectar la seguridad o el aprendizaje de su niño/a.

**NOMBRE DEL NIÑO/A:** \_\_\_\_\_  
Primer nombre Segundo nombre Apellido

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_ **Grado/Maestro:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE PADRES/TUTORES:** \_\_\_\_\_

**NUMERO DE TELEFONO #1** \_\_\_\_\_ **#2** \_\_\_\_\_ **#3** \_\_\_\_\_

**HISTORIA MÉDICA** Marque si su niño/a tiene algunos de los siguientes problemas de salud:

- \_\_\_\_\_ Asma  ¿Necesitará un inhalador en la escuela?  ¿Fue visto en un hospital/sala de emergencias en los últimos cinco años?
- \_\_\_\_\_ ¿Alergias graves que requieran Epi-pen? Alergia a:  Alimentos  Abejas/insectos  Plantas  Animales  Medicamentos
- \_\_\_\_\_ Diabetes  requiere inyección de insulina
- \_\_\_\_\_ Problemas de convulsiones
- \_\_\_\_\_ Enfermedad del corazón
- \_\_\_\_\_ Dolores de cabeza frecuentes o muy fuertes
- \_\_\_\_\_ Problemas de comportamiento o emocionales
- \_\_\_\_\_ ADD/ADHD (trastorno de deficiencia de atención/trastorno de hiperactividad con deficiencia de atención)
- \_\_\_\_\_ Otro – explique cualquier problema médico que piense que debemos saber en la escuela.

¿Usa su niño/a algún tipo de audífono?  Sí  No ¿Usa su niño/a anteojos o lentes de contacto?  Sí  No

¿Algunos de los problemas indicados arriba limitan/afectan a su niño/a en la escuela?  No  Sí, explique:

**Mi niño/a NO TIENE PROBLEMAS DE SALUD**

**PROBLEMAS DE SALUD CON RIESGO DE VIDA**

¿Tiene su niño/a algún problema de salud que ponga en riesgo su vida?  No  Sí \* Describa:

**\* Si responde sí, es necesario tener una reunión con la enfermera de la escuela. Las leyes del estado de Washington exigen que las órdenes de medicamentos o tratamiento y un plan de atención a la salud estén en marcha antes de comenzar la escuela.**

**MEDICAMENTOS**

¿Toma su niño/a algún medicamento?  No  Sí, nombre del medicamento:

Motivo para tomar el medicamento:

¿Se necesitará el medicamento en la escuela?  No  Sí\*

**\* Si su niño/a necesita medicamentos en la escuela, póngase en contacto con la escuela por el formulario de "Autorización para medicamentos". Este formulario debe completarse todos los años antes de que se pueda administrar cualquier medicamento en la escuela.**

**MÉDICA**

¿Su niño/a tiene un doctor?  Sí  No

Nombre del doctor del niño/a \_\_\_\_\_ número de teléfono \_\_\_\_\_

En los últimos 6 meses ¿su niño/a ha visto a un doctor?  No  Sí, explique:

**DENTAL**

¿Su niño/a tiene un dentista?  Sí  No

Nombre del dentista del niño/a \_\_\_\_\_ número de teléfono \_\_\_\_\_

¿Su niño/a se hizo un examen dental en los últimos 12 meses?  Sí  No  No sabe

**SEGURO**

¿Su niño/a tiene un seguro médico?  Sí  No  No sabe

¿Su niño/a tiene un seguro dental?  Sí  No  No sabe

¿Quiere ayuda para encontrar un seguro para su niño/a?  Sí  No

**AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD:** Entiendo que la información de salud proporcionada anteriormente se puede compartir con algunas personas del personal de la escuela para atender la salud y la seguridad de mi niño/a.

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