



DISTRITO ESCOLAR DOS DE RICHLAND
ACTUALIZACIÓN ANUAL DE SALUD
2025- 2026

ESCRIBA CON CLARIDAD EN LETRA DE MOLDE

Nombre del niño <i>Primer nombre</i> <i>segundo nombre</i> <i>apellido</i>			Fecha de Nacimiento		Grado
Nombre de la madre	Teléfono móvil	Nombre del contacto de emergencia	Teléfono móvil		
Nombre del padre	Teléfono móvil	Nombre de contacto de emergencia	Teléfono móvil		
¿Quién es el médico habitual de su hijo?			¿Qué tipo de cobertura de seguro médico tiene su hijo?		
¿Su hijo tiene alguna ALERGIA POTENCIAL VITUAL al LÁTEX, ALIMENTOS, MEDICAMENTOS, INSECTOS? ☐ Sí ☐ No Enumere ALERGIAS QUE PONEN LA VIDA EN PELIGO: _____			¿Proveerán un EpiPen para la escuela? ☐ Sí ☐ No		
<u>Nota:</u> Los Servicios de Alimentación y Nutrición requieren una nota médica anual para dietas especiales, sustituciones de alimentos y evitación de alimentos debido a alergias. Las adaptaciones y sustituciones solo se realizarán con una nota del médico.					
Problemas de salud ACTUALES diagnosticados por un médico: <i>Comuníquese con la enfermera de su escuela para analizar las necesidades individuales de su hijo relacionadas con su estado de salud y para obtener formularios de permiso para medicamentos, órdenes médicas para alimentación por sonda, cateterización, cuidado de traqueotomía, etc.</i>					
¿Su hijo tiene asma ☐ Sí ☐ No ¿Cuándo fue su último problema con el asma? _____			¿Proporcionarán un inhalador para la escuela? ☐ Sí ☐ No		
Condición	Marque si es "Sí"	Condición	Marque si es "Sí"	Condición	Marque si es "Sí"
ceguera/sordera		diabetes		trastorno Neuromuscular	
Trastorno hemorrágico (p. ej. hemofilia)		trastorno cardíaco		Trastorno convulsivo	
Trastorno sanguíneo (p. ej. anemia)		hipertensión		Otra- Indique	
<u>Política de medicamentos del distrito:</u> Los medicamentos deben estar en un envase original sin abrir y debidamente etiquetado. Esto incluye medicamentos recetados y de venta libre. Se requiere un formulario de permiso de medicación escolar completo para CADA medicamento. Los medicamentos recetados requieren la firma de los padres Y la firma de un médico. No se administrarán medicamentos sin que se cumplan los requisitos anteriores. El distrito se reserva el derecho de negarse a administrar medicamentos en la escuela hasta que los padres Y el médico hayan firmado los formularios.					

ESTA INFORMACIÓN SÓLO SERÁ CONOCIDA POR LA ENFERMERA ESCOLAR Y EL PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD. PARA LA SEGURIDAD DE SU HIJO, SE PUEDE NOTIFICAR A SUS MAESTROS Y OTRO PERSONAL ESCOLAR INVOLUCRADO. SI NO ESTÁ DE ACUERDO CON ESTA INFORMACIÓN O TIENE ALGUNA PREGUNTA, POR FAVOR INFORME A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA.

Firma del padre/tutor _____ En letra de molde: _____ Fecha _____