

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE BEAUMONT
Servicios de Salud
Historial de Salud/ Información de Salud (HIPAA)

Fecha de Inscripción

/

Grado

Estimado Padre o Tutor:

Por favor llene este formulario CON CUIDADO, incluyendo DETALLES y envíelo a la enfermera de la escuela. También por favor comuníquese con la enfermera de la escuela si su hijo(a) tiene algún problema de salud grave y/o si la información debe ser actualizada. Nos gustaría que su hijo(a) obtenga el mejor aprovechamiento en la escuela Para poderlo ayudar en este asunto es necesario que llene este formulario cada año escolar.

RECUERDE QUE ESTA INFORMACION PUDE SER DE MUCHA AYUDA SI SURGIERA ALGUNA SITUACION DE EMERGENCIA DE SALUD

Nombre del Alumno _____
 Apellido _____ Nombre _____ # I.D _____ Sexo _____ Fecha de Nacimiento _____

	Actualmente	Historial	Detalles incluyendo frecuencia, gravedad, problemas, última visita al Dr. Ultimo Incidente	
	S N	S N	_____	
Asma	S N	S N	_____	
Convulsiones	S N	S N	_____	
Enfermedad del corazón	S N	S N	_____	
Diabetes	S N	S N	Tipo _____	_____
Enfermedad de la sangre	S N	S N	_____	

Otras Condiciones, Información de Salud, o problemas que Usted crea que son pertinentes para los propósitos de la escuela:

¿Su hijo(a) ya tuvo varicela? S N Fecha: _____

Lista de medicamentos: (Incluya los medicamentos que toma en casa) _____

Cirugías Previas: S N Fecha: _____ Tipo _____

Visita Previa al Hospital Fecha: _____ Razon _____

Alergias a medicinas: S N (Lista de medicinas y tipo de reacción) _____

Alergia a Alimentos S N (Lista de alimentos y tipo de reacción) _____

*****Nota: Las modificaciones de la cafetería de la escuela requieren declaración por escrito del médico.**

Marque en la casilla si su hijo ha tenido un examen físico en el último año: Fecha: _____ Médico / Clínica _____

Si su niño necesita medicamentos en la escuela, tiene una condición cardíaca, diabetes, asma, convulsiones o alergia que ponga en peligro su vida, usted debe consultar con la enfermera de la escuela y llenar los formularios médicos adecuados. El padre es responsable de notificar al maestro (s) si es necesario que conozca la condición de su hijo. BISD tiene una "Política de No Tolerancia" para los estudiantes ya que no pueden tener en su poder medicamentos de ningún tipo, incluidos los suplementos a base de hierbas y vitaminas, a menos que le dé permiso la enfermera. (Ver arriba).

Esta autorización es válida por un año calendario escolar. Doy mi consentimiento para la divulgación de información médica contenida en esta forma, el historial para la evaluación educativa, la planificación de programas, evaluación de la salud, la planificación de los servicios de salud, y el tratamiento en la escuela. Doy permiso para que la información necesaria relacionada con la condición de mi hijo para que sea compartida con la enfermera de la escuela. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante la presentación de una notificación escrita para el retiro de mi consentimiento. Reconozco que los registros de salud, una vez recibida por el distrito escolar, puede no estar protegida por la Regla de Privacidad HIPAA, pero se convertirá en registro educativo protegido por los Derechos Educativos de la Familia y la Ley de Privacidad. También entiendo que si me niego a firmar, la negación no interfiere con la capacidad para que mi hijo obtenga atención de salud. Este formulario se mantendrá en la oficina de la enfermera de la escuela, separada y aparte del folder acumulativo escolar de su hijo

He verificado que la información anterior esta completa y exacta.

Firma del Padre o Tutor _____ Fecha: _____