

Año escolar _____

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN ANUAL DE SALUD ESTUDIANTIL

Nombre y apellido (Estudiante) _____ Nacimiento ____ / ____ / ____

Género: M / F Escuela _____ Grado _____ ID de estudiante _____ Maestro _____

Estimado padre/tutor: La salud del estudiante puede afectar su aprendizaje. La información de salud es importante en la planificación de las necesidades del estudiante en la escuela. La información de salud de este formulario se puede compartir con otro personal de la escuela según sea necesario. Por favor, complete este formulario y devuélvalo a la oficina de salud de la escuela lo antes posible.

→ ☐ **MI HIJO NO TIENE PROBLEMAS DE SALUD** ← o Comprobar cualquier condición de salud actual:

Si revisó alguna de estas condiciones o si su hijo tiene una condición que podría provocar una emergencia, **LLAME A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA ANTES del comienzo de la escuela.**

La escuela necesita un plan de acción de emergencia del proveedor de su hijo.

Alergia/anafilaxia potencialmente mortal (se prescribe epinefrina); Allergen(s) _____

Convulsiones/epilepsia: Medicamentos de emergencia: ☐ Sí ☐ No

Diabetes tipo 1; ☐ pluma de insulina; ☐ bomba;

☐ MCG (sensor) ☐ **Tipo 2** - ☐ toma medicamentos

☐ **Asma - GRAVE**

☐ Otra condición potencialmente mortal _____

Intolerancia/sensibilidad alimentaria: _____

Reacción: _____

→ **Según la ley estatal de MN, las sustituciones solo se pueden hacer con una declaración del proveedor que verifique la alergia / intolerancia** ←

☐ TDAH - fecha de diagnóstico y clínica _____

☐ Trastorno del espectro autista

☐ Audífonos

☐ Visión: Lentes de contacto

☐ Neurológico/cerebral _____

☐ Problemas de salud mental (es decir, ansiedad, depresión) _____ ☐ toma medicamentos

☐ Condición cardíaca o sanguínea (anemia de células falciformes, hemofilia, anticoagulantes) _____

☐ Restricciones de actividad/equipo especial (silla de ruedas, aparatos ortopédicos) _____

☐ Otras necesidades de salud (alimentación por sonda, cateterismo, discapacidad visual, riñón, vía central, enfermera privada, etc.) _____

¿Su hijo tiene alguna discapacidad, limitaciones físicas, retrasos en el desarrollo o problemas sensoriales? **Sí o No**

En caso afirmativo, explique: _____

MEDICAMENTOS

☐ Mi estudiante requiere medicamentos en la escuela para el año escolar actual

SI MARCÓ ESTA CASILLA, COMUNÍQUESE CON LA ENFERMERA DE LA ESCUELA

Mi estudiante toma medicamentos en casa: nombre (s) del medicamento (s) _____

☐ diario ☐ según sea necesario

No se administran medicamentos, recetados o de venta libre, a un estudiante a menos que lo recete el proveedor de atención médica del niño y lo suministre el padre. Se requiere un consentimiento anual por escrito para dispensar medicamentos. Los medicamentos que se administran en la escuela deben ser traídos a la escuela por los padres en un frasco etiquetado por la farmacia.

Nombre del proveedor de atención médica y la clínica _____

Especialista en atención médica/clínica (endocrino, neurología, conductual, ortopédica, etc.) _____

Consentimiento para compartir información de vacunación

Acepto permitir que el personal de la escuela comparta el registro de vacunación de mi estudiante con el Registro de Vacunación de Minnesota. Este es un consentimiento voluntario. Toda la información se considera datos privados y solo se puede divulgar con autorización.

☐ Autorizo

☐ No autorizo

FOR OFFICE USE ONLY : initials date
NEEDS LSN REVIEW ☐
ENTERED IN SKYWARD ☐

5/28/25

POR FAVOR, PROPORCIONE UN REGISTRO COMPLETO DE LAS VACUNAS DE SU HIJO AL INGRESAR AL PREESCOLAR, JARDÍN DE INFANTES, GRADO 7, GRADO 12 Y PARA ESTUDIANTES NUEVOS EN EL DISTRITO, O QUE RECIBIERON VACUNAS EN OTRO ESTADO O PAÍS

Confirme que los números de teléfono actualizados estén archivados para usted y los contactos de emergencia para que podamos comunicarnos con usted en caso de enfermedad o emergencia

➔ **Firma del padre/tutor** _____ **Fecha** _____ ➔

FOR OFFICE USE ONLY : initials date
NEEDS LSN REVIEW ☐ _____
ENTERED IN SKYWARD ☐ _____
5/28/25