

INFORMACIÓN MÉDICA DE LOS ESTUDIANTES 2025-2026

(Los padres/tutores deberán completar el formulario)

Por favor, marque a continuación los puntos relacionados con la salud de su hijo, indique los medicamentos que toma y responda a las preguntas relacionadas.
Esta información estará en la sala de salud (enfermera de la escuela) y será compartida con el personal escolar si es necesario para servir mejor a su hijo

Nombre del estudiante:		Fecha de nacimiento:
Maestro(a):		Grado:

 ☐ Mi hijo NO tiene problemas de salud. Por favor marque con sus iniciales.

¿Su hijo necesita tomar medicamentos durante el día escolar? ☐ sí ☐ no (Esto incluye inhaladores, Epi-Pen, Valtoco, Diastat & Glucagón)
En caso afirmativo, consulte la política de medicación en el manual de padres y contacte con la enfermera de la escuela para solicitar un formulario de autorización de medicación.

Enfermedad crónica	En caso afirmativo	Información sobre el estado de salud	Descripción de la enfermera escolar
TDA/TAH		Medicamentos en casa ☐ en la escuela ☐	Nombre de medicamento: _____
Alergias:		Estacional ☐ Comida ☐ Ambiental ☐ Otra ☐	¿Ha sido diagnosticada la alergia por un médico? S/N ¿Ha tenido que utilizar su hijo un epi pen? S/N ¿Ha tenido su hijo alguna vez una reacción anafiláctica? S/N
Autismo		Asperger ☐ Otro ☐	Medicación: Sí ☐ No ☐
Cáncer		Tipo: _____	☐ En tratamiento ☐ En remisión
Diabetes		Tipo: ☐ I ☐ II	☐ pastillas ☐ insulina ☐ bomba ☐ inyección
Síndrome de Down			

La cabeza			
Epilepsia		☐ Epilepsia ☐ Febril ☐ Otro: _____ Fecha de la última convulsión _____	Medicación _____ Medicina de urgencias - Sí ☐ No ☐
Historial de lesiones/conmociones cerebrales		Conmoción cerebral ☐ Otros ☐ : _____	Fecha de lesión/conmoción cerebral: _____
Dolores de cabeza/las migrañas		Medicamento: sí ☐ no ☐	Frecuencia _____
Trastorno psicológico _____		Medicamento: sí ☐ no ☐	Terapeuta sí ☐ no ☐ nombre: _____

Dermatología			
Problemas de piel		☐ eczema ☐ la pigmentación anormal (café-au-lait ☐ hemangiomas ☐ mongolian spots ☐ otro ☐	

Visión/Audición			
Problemas de oído		Tiene un audifono: izquierda ☐ derecha ☐ Implante coclear: sí ☐ no ☐	
Problemas de la vista		Lleva: lentes ☐ lentes de contacto ☐ Por solo lectura ☐ o TODO el día escolar ☐	Fecha del último examen de la vista: _____ Proveedor médico: _____

Sistema circulatorio/respiratorio			
Asma		Medicamento: sí ☐ no ☐	Fecha del último episodio: _____ Causantes conocidos: _____
Fibrosis quística		Enzimas: _____	Medicación/tratamiento: _____
Cardiopatía/Hipertensión arterial		Medicamento: sí ☐ no ☐	Especialista: _____
Trastornos de la sangre		☐ Hemofilia ☐ Hemorragias nasales ☐ Drepanocitosis ☐ Otros _____	Frecuencia de hemorragia nasal: _____

Abdominal			
Problemas con los riñones o la vejiga			Especifique: _____
Problemas menstruales			Especifique: _____
Problemas del estómago			

Musculoesquelético (marque si aplica)			
☐ Artritis ☐ Parálisis cerebral	☐ Diagnóstico: _____		Ayuda para caminar/apoyos: Sí ☐ No ☐
☐ Esclerosis múltiple ☐ Distrofia muscular	Medicación: Sí ☐ No ☐		☐ Silla de ruedas
☐ Espina bífida ☐ Otros problemas ortopédicos: _____			

Otros problemas de salud/necesidades no enumeradas:
Si su hijo tiene algún problema de salud, póngase en contacto con la enfermera de la escuela para establecer un plan de cuidados que atienda las necesidades de su hijo durante la jornada escolar.

**** Por favor complete el reverso de este formulario antes de devolverlo a la escuela.****

INFORMACIÓN MÉDICA DE LOS ESTUDIANTES 2025-2026

UN MENSAJE IMPORTANTE SOBRE LA SALUD DE SU HIJO

La enfermera trabaja para promover la buena salud de los estudiantes y el personal. Nuestra meta es ayudar a que su hijo tenga un año escolar saludable y exitoso. La enfermera tiene que seguir las directrices para el cuidado de los estudiantes en el campus. La enfermera de la escuela está disponible para primeros auxilios/ evaluación del estudiante. Si su hijo necesita ser recogido de la escuela debido a una enfermedad o preocupación identificada en la evaluación, se le notificará de su necesidad de atención médica. Los medicamentos (incluidos los de emergencia (epinefrina/inhaladores/convulsiones/glucagón) se administrarán de acuerdo con las instrucciones escritas del médico con el permiso de los padres. La enfermera no tiene un suministro de medicamentos de venta libre para dar a los estudiantes. Sin embargo, si un estudiante tiene una reacción grave, repentina, no diagnosticada y potencialmente mortal (anafilaxia), se notificará al 911 y a los padres/tutores indicados a continuación y, si es necesario, un empleado capacitado administrará una dosis inicial inyectable de epinefrina.

Nombre del alumno/a	Grado	Aula	Fecha de nacimiento

Nombre de la madre	Teléfono de casa	Teléfono de trabajo	Teléfono celular

Nombre del padre	Teléfono de casa	Teléfono de trabajo	Teléfono celular

Correo electrónico de los padres

Contacto de emergencia	Teléfono de casa	Teléfono de trabajo	Teléfono celular

Nombre del médico	Teléfono de su oficina	
Nombre del dentista	Teléfono de su oficina	
Nombre de especialista	Teléfono de su oficina	

¿Ha asistido su hijo alguna vez a una escuela pública de Carolina del Norte?	Sí ☐	No ☐
¿Tiene su hijo un Plan de Educación Individual (IEP) o 504?	Sí ☐	No ☐
¿Ha recibido su hijo/a vacunas?	Sí ☐	No ☐
¿Ha realizado su hijo un examen físico o una revisión médica en los últimos 12 meses?	Sí ☐	No ☐
¿Tiene su hijo seguro médico (seguro privado/medicaid/otro)?	Sí ☐	No ☐

Doy mi permiso a la enfermera de la escuela y/o maestro/personal y/o consejero para compartir o recibir información relacionada con la salud necesaria para el cuidado de mi hijo con los proveedores mencionados anteriormente durante el año escolar.	Sí ☐	No ☐
---	-----------------------------	-----------------------------

Mi hijo puede participar en las evaluaciones enumeradas en el manual del estudiante. Será notificado de cualquier resultado anormal de los exámenes.	Sí ☐	No ☐
--	-----------------------------	-----------------------------

Se guardará la información médica en el programa que se llama <<PowerSchool>>. También se usará PowerSchool para avisar a los maestros de las necesidades médicas.

Yo/nosotros autorizo/autorizamos a cualquier médico u hospital a prestar atención y tratamiento médico en caso de emergencia que pueda ser necesario para atender a mi hijo sin nuestro permiso o autorización específica. Padre/Tutor: Si hay alguna consideración específica que deba tenerse en cuenta antes de prestar atención o tratamiento médico, favor de incluir una declaración explicativa.

Si tiene cualquier cambio con los números de teléfono arriba, o los contactos de su hijo, por favor notifique la escuela inmediatamente.

Firma del padre/tutor	/	Fecha
-----------------------	---	-------

**** COMPLETE LA PÁGINA ANTERIOR ANTES DE DEVOLVERLA ****