



**DISTRITO ESCOLAR DEL ÁREA DE GETTYSBURG  
SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR**



**ENCUESTA ANUAL DE SALUD**

Es necesario actualizar anualmente el expediente de cada alumno. Por favor, llene este formulario **completamente** y devuélvalo al maestro de su hijo **lo antes posible**. La enfermera no puede administrar los siguientes medicamentos a su hijo hasta que se devuelva este formulario.

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Maestro \_\_\_\_\_

Proveedor de atención primaria del estudiante: \_\_\_\_\_

**Marque las condiciones físicas documentadas ACTUALES y explique el tratamiento / medicamentos:**

\*Si indica alguna condición de salud, debe proporcionar a la enfermera documentación actualizada anualmente de un proveedor médico para indicar que la condición de salud está en curso (es decir, un plan de acción para el asma, un pedido de un inhalador de rescate, un resumen de la visita, etc.)

Alergias graves o potencialmente mortales: (enumere) \_\_\_\_\_

**Si lo indicó**, es: ¿un EpiPen recetado? **Sí**  **/No**  Si marcó sí, ¿es un EpiPen proporcionado a la escuela? **Sí**  **/No**

Asma: (Enumere los factores desencadenantes) \_\_\_\_\_

**Si lo indicó**, es: ¿un inhalador de rescate recetado? **Sí**  **/No**  Si marcó sí, ¿es proporcionado un inhalador a la escuela? **Sí**  **/No**

Corazón o pulmones: \_\_\_\_\_

Epilepsia/trastorno convulsivo: \_\_\_\_\_

Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad: Medicación tomada: \_\_\_\_\_

Cualquier otra condición de salud/intolerancias alimentarias/limitaciones físicas, etc.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Otros medicamentos que se toman: \_\_\_\_\_

¿Su hijo usa anteojos o lentes de contacto? **Sí**  **/No**

¿Alguna vez le han diagnosticado a su hijo una lesión en la cabeza/conmoción cerebral? **Sí**  **/No**  Año(s): \_\_\_\_\_

**ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS**

Por favor, **REVISE O TACHE** cualquier medicamento que la enfermera de la escuela **NO** le puede dar a su hijo.

Tylenol / Paracetamol

Pastillas para la garganta

Hidrocortisona 1% tópica

Motrin / Ibuprofeno

Tópico para el alivio de picadura

Orabase/Anbesol

Midol (solo mujeres)

Antiséptico/limpiador de heridas

Blistex/Vasolina

Tums

Calamina

Lavado de ojos/solución de contacto

Aloe

Pomada antibiótica

\*\* Si envía cualquier otro medicamento para que su hijo lo administre en la escuela, DEBE tener una ORDEN de un MÉDICO (incluidos los medicamentos de venta libre y los medicamentos de autotransporte, como inhaladores y Epi-pens) según la política de medicamentos del distrito.

**Firma del padre/tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_