Turlock Unified School District

2025-26 Inventario Anual de Salud

SE REQUIERE QUE SE COMPLETE ANUALMENTE ESTE FORMULARIO. FECHA DE VENCIMIENTO ES EL PRIMER DIA DE ESCUELA.

Nombre del niño/a: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Escuela: _____ Grado:_____ Maestro/a:_____ Fecha: _____

¿Está su niño bajo el cuidado de un médico especialista? (por ejemplo, doctor de oídos, alergista, ortodontista o psicólogo) ☐ Sí ☐ No
Si eso es el caso, explique por favor: _____

¿Ha tenido su niño un examen físico durante el último año? ☐ Si ☐ No	Doctor:	Fecha del examen:	
¿Ha tenido su niño un examen de los ojos durante el último año? ☐ Si ☐ No	Oculista:	Fecha del examen:	
¿Usa su niño en la escuela anteojos o lentes de contacto? ☐ Si ☐ No	Para cerca, para lejos, en todo momento	(circule uno)	
¿Ha tenido su niño un examen dental durante el último año? ☐ Si ☐ No	Dentista:	Fecha del examen:	
¿Tiene su hijo pérdida de audición? ☐Sí ☐ No ¿Usa audífonos? ☐Sí ☐No	Audiólogo:	Fecha del examen:	
¿Ha tenido su hijo una operación o enfermedad grave? ☐ Si ☐ No	Explique por favor:		

PROBLEMAS DE SALUD – CONDICIONES DE SALUD PELIGROSAS

Si existe una condición de salud peligrosa, una orden de medicación o tratamiento de un profesional de salud con licencia debe ser proporcionado a la escuela de su hijo antes de que asista la escuela. Si existe una condición de salud, un plan de atención de emergencia podrá ser desarrollado por la enfermera escolar.

☐ Mi hijo/a **NO TIENE NINGUN** problema de salud.

Si tiene problemas de salud, marque lo que corresponda:

☐ ASMA Inhalador de rescate: ☐Si ☐No Fecha de última vez usada:_____
☐ ALERGIAS ☐Localizadas ☐Severa (anafiláctico)
TIPO DE ALERGIA: ☐Comida ☐Medicamento ☐Picadura de insecto ☐Látex ☐De medio ambientales ☐Otro_____
Liste las alergias: _____Tratamiento:_____
☐ DIABETES: ☐Tipo 1 ☐Tipo 2 Administrado por: ☐Solamente con dieta ☐medicamento oral ☐inyecciones de insulina ☐pompa de insulina
☐ DESORDEN CONVULSIVO: Tipo de convulsión: _____Fecha de ultima convulsión:_____Diastat: ☐Si ☐No Lorazepam: ☐ Si ☐ No Otro:_____
☐ CANCER/DESORDEN SANGUINEO: Por favor especifique: _____
☐ ANOREXIA O BULIMIA ☐ENFERMEDAD RENAL ☐ADD/ADHD ☐AUTISMO ☐HEMORRAGIAS FRECUENTES NASALES
☐ DOLORES FRECUENTES DE CABEZA ☐ DOLORES FRECUENTES DE ESTÓMAGO ☐ HEPATITIS
☐ CONDICIÓN O ENFERMEDAD DEL CORAZÓN ☐FIEBRE REUMÁTICA ☐LESIONES GRAVES EN LA CABEZA
☐ OTRAS PROBLEMAS DE SALUD
Por favor explique cualquier condición que marco: _____

¿Tiene su niño cualquier otra condición que quizás afecte su aprendizaje? _____
¿Tiene su niño otra condición que requiere consideración especial en clase o para la educación física? _____

¿Ha tenido algún evento traumático en su familia durante los últimos 12 meses que afectaran la experiencia escolar de su hijo de manera adversa? _____

MEDICAMENTOS

Antes de administrar cualquier medicamento en la escuela, se requiere una autorización por escrito de un profesional de salud con licencia y del padre/tutor legal. **Un formulario de Autorización para la Administración de Medicamentos está disponible en la oficina de la escuela o en la página de inicio del sitio web del distrito bajo Formularios de Administración de Medicamentos para Estudiantes y Padres y Estudiantes, Salud del Estudiante.**

¿Necesita su medicamento en casa? ☐Sí ☐No Si eso es el caso, nombre del medicamento y condición_____

¿Necesita su medicamento en la escuela? ☐Sí ☐No Si eso es el caso, nombre del medicamento y condición_____

En caso de una emergencia que requiera tratamiento médico u hospitalización, la escuela está autorizada a llamar al 911 y/o a:
Nombre de Doctor: _____ Domicilio de Doctor: _____ Teléfono de Doctor: _____
Nombre de Padre: _____ Teléfono: _____ Teléfono Contacto de emergencia:_____

Mi firma concede permiso para que la enfermera de la escuela se ponga en contacto o pueda discutir o revisar la información sobre la atención médica de mi hijo con su médico.

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

	Nombre/Relación	Teléfono
Contacto #1		
Contacto #2		
Contacto#3		