

Última escuela a la que asistió su hijo _____

Escuela Elemental A.C. Moore 2025-26
Distrito Escolar Uno del Condado de Richland

CUESTIONARIO CONFIDENCIAL DE SALUD SOLO PARA LA ENFERMERA

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____ FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____

MASCULINO FEMENINO RAZA _____ GRADO _____ MAESTRA/O _____

DIRECCIÓN _____
CÓDIGO POSTAL _____ TELÉFONO DE LA CASA _____

EL ESTUDIANTE VIVE CON (ENCIERRE EN CIRCULO): LA MAMA EL PAPA O AMBOS PADRES
OTRA PERSONA _____

NOMBRE DE LA MAMA O TUTOR LEGAL _____ EMPLEADOR _____
TELÉFONO DEL TRABAJO _____ TELÉFONO CELULAR _____
CORREO ELECTRÓNICO _____

NOMBRE DEL PAPA O TUTOR LEGAL _____ EMPLEADOR _____
TELÉFONO DEL TRABAJO _____ TELÉFONO CELULAR _____
CORREO ELECTRÓNICO _____

PADRASTRO O MADRASTRA (que viva con el niño o niña) NOMBRE _____ TELÉFONO _____

ESCRIBA LOS NOMBRES DE LOS HERMANOS Y HERMANAS QUE ESTUDIAN EN LA ESCUELA:

DOCTOR/ PEDIATRA/ PRACTICANTE DE ENFERMERIA _____
TELÉFONO _____ ÚLTIMO CHEQUEO MÉDICO _____
DENTISTA _____
TELEFONO _____ ÚLTIMA VISITA _____ (SE RECOMIENDA UNA VISITA AL DENTISTA CADA SEIS MESES)
MEDICAID (Encierre uno) SI o NO NUMERO DE POLIZA _____
HOSPITAL PREFERIDO _____

HAGA UNA LISTA DE 2 PERSONAS AUTORIZADAS PARA ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DE RECOGER SU NIÑO O NIÑA EN CASO DE UNA EMERGENCIA CUANDO NO PODAMOS CONTACTAR A LOS PADRES O GUARDIANES

1. NOMBRE _____ RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE _____
TELÉFONOS DE: TRABAJO _____ (LA CASA) _____ (CELULAR) _____
DIRECCIÓN _____

2. NOMBRE _____ RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE _____
TELÉFONOS DE: TRABAJO _____ (LA CASA) _____ (CELULAR) _____
DIRECCIÓN _____

(POR FAVOR COMPLETE LA PARTE DE ATRAS)

VOLTEAR 

For School Nurse Only:

Page 1

Reviewed By: _____ Date: _____ School Year: 2025-26

Marque (✓) y explique cualquier problema de salud DIAGNOSTICADO POR UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA CON LICENCIA (Médico o enfermero practicante)

Marcar	Condición	Explicar
	ADD/ADHD	(MEDICAMENTO QUE SU HIJO/A ESTA TOMANDO:
	ALERGIAS SEVERA Y REQUIERE UN EPI-PEN (Extra debe permanecer en la escuela)	<input type="checkbox"/> Comida: <input type="checkbox"/> Insectos: <input type="checkbox"/> Estacional:
	ANEMIA (BAJA SANGRE)	
	ASMA (Inhalador debe estar disponible en la escuela con su debida prescripción en archivo)	Medicamento: Último ataque: ___/___/___
	ESTADO/CONDICIÓN DE LA VEJIGA	
	CONDICIÓN ORTOPÉDICA DE LOS HUESOS	
	DIABETES (AZUCAR)	Medicamento:
	EPILEPSIA (CONVULSIONES)	Último episodio: ___/___/___ Medicamento:
	DESMAYOS (Sincope)	
	CONDICIONES GENÉTICAS	
	PROBLEMAS CARDIACOS	Corregidos: Si / No
	HEMOFILIA/DESORDEN SANGUINEO	
	PRESION ARTERIAL ALTA	
	PROBLEMAS DE SALUD MENTAL	DIAGNÓSTICO:
	PROBLEMAS CON LA VISIÓN	USA GAFAS: Si / No - Último examen: ___/___/___
	PROBLEMAS AUDITIVOS	AYUDA AUDITIVA: Si / No OREJA: <input type="checkbox"/> DERECHA <input type="checkbox"/> IZQUIERDA
	ENFERMEDAD REACTIVA DE LAS VÍAS AÉREAS	
	CÉLULA FALSIFORME	Última Crisis: ___/___/___ Última Hospitalización: ___/___/___
	SOLO con RASGO DE CÉLULAS FALSIFORMES	
	DESORDENES DE LA PIEL	
	TUBERCULOSIS (TB)	
	OTRA:	

Su hijo toma medicamento diariamente? No Si – Haga una lista de los medicamentos y las dosis:

Medicamentos dados en: casa escuela solo en emergencias

Cuando sea posible, el padre / tutor legal debe hacer arreglos para que el estudiante reciba el medicamento antes o después del horario escolar. Los medicamentos deben llevarse a la sala de salud en su envase original y los formularios correspondientes deben completarse antes de que un estudiante reciba el medicamento en la escuela. Se requiere el consentimiento de los padres para los medicamentos sin receta y se requieren las firmas del proveedor de atención médica de los padres y del estudiante para los medicamentos recetados. Los estudiantes que se automedicarán / llevarán sus medicamentos mientras están en la escuela (es decir, un inhalador de albuterol) deben tener formularios de "autorización para los padres" y "automedicación y / o automonitoreo" completados por los padres, el proveedor de atención médica y el estudiante.

DOY PERMISO A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA PARA QUE SE CONTACTE CON EL MÉDICO LICENCIADO Y / O COMPARTIR LA INFORMACIÓN ANTERIOR CON EL PERSONAL DE LA ESCUELA Y DEL DISTRITO SEGÚN SEA NECESARIO PARA SATISFACER LAS NECESIDADES EDUCATIVAS DE MI HIJO.

FIRMA DEL PADRE / TUTOR LEGAL _____ FECHA _____