

Escuelas Cooperativas Lind-Ritzville Formato obligatorio de registro de salud del estudiante y actualización anual

La información de contacto de la enfermera escolar está disponible en el sitio web, en la sección Noticias de Enfermería

Apellido:		Nombre:	
Fecha de nacimiento:		Sexo: ☐ M ☐ F	Grado:
Madre/Padre o tutor(a):		Teléfono:	Ciclo escolar: Ej. 2023-2024
Madre/Padre o tutor(a):		Teléfono:	
Contacto de emergencia:		Parentesco:	Teléfono:
Cambio en datos de contacto del tutor(a): ☐ Sí ☐ No		Médico(a):	Teléfono:

Sección A: Mi hijo(a) no tiene ningún problema de salud: ☐ (Si se marca, pase a la sección B)

TDA/DAH	☐ Sí ☐ No	Medicamento:	☐ Medicamento en la escuela
Alergia a picadura de abeja	☐ Sí ☐ No	Especifique:	☐ Reacción local ☐ EpiPen
Alergias	☐ Sí ☐ No	Notas:	☐ EpiPen
Intolerancia alimentaria	☐ Sí ☐ No	☐ Leche ☐ Lácteos ☐ Otro:	☐ Adaptaciones de alimentos ☐ Automonitoreo
Asma	☐ Sí ☐ No	Notas:	☐ Inhalador en la escuela
Trastorno de la sangre	☐ Sí ☐ No	Especifique:	
Cáncer	☐ Sí ☐ No	Especifique:	
Preocupación del desarrollo	☐ Sí ☐ No	Especifique:	
Diabetes	☐ Sí ☐ No	Notas:	
Epilepsia o convulsiones	☐ Sí ☐ No	Fecha/tipo de la última convulsión:	☐ Medicamento de emergencia
Problema gastrointestinal	☐ Sí ☐ No	Especifique:	
Condición cardíaca	☐ Sí ☐ No	Especifique:	
Dolores de cabeza/migrañas	☐ Sí ☐ No	Notas:	☐ Medicamento en la escuela
Condición de salud mental	☐ Sí ☐ No	Especifique:	
Problema musculoesquelético	☐ Sí ☐ No	Especifique:	
Problema del sistema urinario	☐ Sí ☐ No	Especifique:	
Otro	☐ Sí ☐ No	Especifique:	☐ Medicamento en la escuela

Para estudiantes con condiciones de salud que ponen en riesgo la vida (**marcadas en negritas arriba**), la RCW 28A.210.320 exige que antes de que el/la estudiante asista a la escuela se cuente con una indicación de un profesional de la salud con licencia (LHP), el medicamento y un plan de cuidados de enfermería.

Sección B: ¿Su hijo/a ha tenido?

Enfermedad/lesión grave	☐ Sí ☐ No	Fecha/tipo:
Convulsión cerebral	☐ Sí ☐ No	Fecha/causa:

Sección C: ¿Su hijo/a usa? Lentes ☐

Sí	☐ No Lentes de contacto	☐ Sí ☐ No	Aparato(s) auditivo(s)	☐ Sí ☐ No
----	--	---	------------------------	---

Sección D: ¿Su hijo/a?

Tiene alguna restricción médica o física	☐ Sí ☐ No	Especifique:
Viaja en autobús escolar	☐ Sí ☐ No	Notas:

Para estudiantes que necesiten medicamento en la escuela, se requiere un Formulario de Autorización firmado por el médico y el padre/madre/tutor. Favor de solicitar el papeleo necesario en la oficina o en los formatos en línea disponibles en "Nurse News" en lrschools.org.

Entiendo que la información proporcionada arriba puede compartirse con el personal escolar correspondiente para cuidar la salud y seguridad de mi hijo/a. Autorizo al personal de Lind-Ritzville Cooperative Schools (LRCS) a comunicarse con profesionales de la salud, incluido el 911, si es necesario, y también autorizo a las personas contactadas a iniciar el tratamiento necesario para atención de emergencia, incluido el traslado al hospital o clínica por mi cuenta. Entiendo que LRCS, sus empleados y la Mesa Directiva no asumen responsabilidad alguna relacionada con el traslado o el tratamiento de dicho menor. Doy permiso a la escuela de mi hijo/a para agregar la información de vacunación al Sistema de Información de Inmunizaciones, para ayudar a la escuela a mantener el expediente de mi hijo/a.

***ES MUY IMPORTANTE QUE INFORME A LA ENFERMERA ESCOLAR SOBRE CUALQUIER CAMBIO EN LA SALUD DE SU HIJO/A QUE PUEDA OCURRIR DURANTE EL CICLO ESCOLAR.**

Firma del padre/madre/tutor:

Fecha: _____