

JEFFERSON PARISH SCHOOLS
FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE SALUD
2026-2027

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Grado _____

Nombre del padre/ guardián legal _____ Teléfono del padre/ guardián legal _____ correo electrónico del padre/ guardián legal _____ Hospital de elección _____

Nombre del médico _____ Teléfono Médico _____

¿Su hijo viaja en autobús? ☐ Sí ☐ NO; Número De Autobús _____ ¿Su hijo asiste a la guardería posterior? ☐ Sí ☐ NO

HISTORIAL DE SALUD (Marque todo lo que corresponda)

☐ Anemia ☐ Ansiedad ☐ Déficit de atención/Hiperactividad (ADHD) ☐ Autismo ☐ Ceguera/Deficiente visual ☐ Cancer ☐ Enfermedad cardiovascular ☐ Parálisis cerebral ☐ Trastorno de conducta (CD) ☐ Fibrosis quística ☐ Sordo/Hipoacúsico ☐ Depresión ☐ Diabetes	☐ Eczema ☐ Sonda de alimentación ☐ Enfermedad gastrointestinal ☐ Hemofilia ☐ Hipertensión ☐ Nefropatía ☐ Enfermedad musculoesquelética ☐ Obesidad ☐ Trastorno obsesivo-compulsivo (OCD) ☐ Trastorno negativista desafiante (ODD) ☐ Trastorno de estrés postraumático ☐ Embarazada	☐ Enfermedad respiratoria ☐ Escoliosis ☐ Convulsiones ☐ Problemas graves del habla ☐ Enfermedad de la tiroides ☐ Síndrome de Tourette ☐ Enfermedad urológica ☐ Problemas de visión ☐ Otro
--	--	--

Detalles De La Condición _____

¿Su hijo necesita medicamentos en la escuela para alguna de las afecciones mencionadas anteriormente? ☐ Sí ☐ NO (Se requieren órdenes médicas) _____

¿Su hijo requiere algún procedimiento especial en la escuela? ☐ Sí ☐ NO (Órdenes médicas y conferencia de salud con la enfermera (REQUERIDO) _____

ASMA

¿Su hijo tiene asma? ☐ Sí ☐ NO

Medicamentos y tratamientos recetados actualmente para el asma: _____

¿Su hijo necesita medicamentos en la escuela para tratar su asma? ☐ Sí ☐ NO ☐ N/A (Se requieren órdenes médicas)

ALERGIA GRAVE (Marque todo lo que corresponda, describa el desencadenante y los síntomas)

TIPO DE ALERGIA	DISPARADOR ESPECÍFICO (causa)	SÍNTOMAS DE LA REACCIÓN (i.e. urticaria, dificultad para respirar, etc.)
☐ Comida		
☐ Medicamentos		
☐ Picadura de insectos/picaduras		
☐ OTRO		

Medicamentos y tratamientos recetados actualmente para alergias graves _____

¿Su hijo necesita medicamentos en la escuela para tratar su alergia grave? ☐ Sí ☐ NO ☐ N/A (Órdenes médicas REQUERIDAS) **DIETA ESPECIAL** (Formulario de Modificación de Comidas de las Escuelas Parroquiales de Jefferson completado por el médico OBLIGATORIO) ¿Su hijo requiere una dieta modificada? ☐ Sí ☐ NO ☐ N/A

Sírvase describir las modificaciones necesarias: _____

Por la presente reconozco que esta información será revisada por la enfermera de la escuela y aparecerá en el perfil de salud de JCampus de mi hijo. Entiendo que estos datos pueden ser utilizados para desarrollar un plan de cuidado para mi hijo. También doy permiso para que la información de salud se comparta con otros empleados de las Escuelas Parroquiales de Jefferson según sea necesario para garantizar la seguridad de mi hijo en la escuela.

East Bank - 822 South Clearview Pkwy. Teléfono: (504) 736-7386
 West Bank - 501 Manhattan Blvd. Teléfono: (504) 349-7673
 Correo electrónico: health@ipschools.org