



Historia de la Salud del Estudiante Año escolar 2026-27

Por favor, marque todas las condiciones que correspondan. Si su hijo no tiene afecciones crónicas de salud, pase a la casilla final y firme abajo. Toda la información que se proporciona en este formulario se compartirá con el personal escolar apropiado según sea necesario para garantizar la salud y seguridad de su estudiante.

Apellido del estudiante

Primer nombre

Fecha de nacimiento

Grado

Escuela

Las condiciones de salud que amenaza la vida | Formularios requeridos de la sala de salud: www.lkstevens.wednet.edu/health-forms

RG ☐ Asma grave (Ver abajo si no es severo)

EG ☐ Alergia grave (que requiere Epipen) Alergia a: _____

EK ☐ Diabetes Tipo 1 (dependiente de insulina)

GE ☐ Disfagia: _____

NP ☐ Sufre de convulsiones C_ ☐ Problemas cardiacos:

BB ☐ Hemofilia

Ley estatal requiere que los estudiantes con amenaza para la vida con condiciones como la anafilaxia, el asma, las convulsiones, la cardiopatía, la hemofilia o la diabetes deben tener una reunión con la enfermera de la escuela y un plan de atención antes del primer día de clases.

Apellido del estudiante para que su estudiante asista a la escuela, comuníquese con la enfermera del edificio después de completar todo el papeleo.

Otras condiciones

NB ☐ ADHD / ADD Diagnosticado por: _____

ED ☐ Alergia - Comida: _____

EE ☐ Alergia - Insecto: _____

EM ☐ Alergia - Medicamentos: _____

EC ☐ Alergia - Estacional: _____

EB ☐ Alergia - Animal: _____

PA ☐ Ansiedad

RG ☐ Asma actualmente tratada (no grave) con inhalador

RH ☐ El historial de asma ya no usa inhalador

NC ☐ Desorden del espectro autista

B_ ☐ Condición de la sangre: _____

GA ☐ Enfermedad celíaca

NE ☐ Parálisis cerebral

YA ☐ Infecciones crónicas del oído

UB ☐ Infecciones crónicas del tracto urinario

NU ☐ Historia de conmoción cerebral / lesión cerebral traumática

EJ ☐ Fibrosis quística

PC ☐ Depresión

NF ☐ La discapacidad del desarrollo

EL ☐ Diabetes tipo 2

EN ☐ Trastorno alimentario

GH ☐ Reflujo ácido/ GERD

N_ ☐ Dolores de cabeza o ☐ Migrañas

GK ☐ Intestino irritable o ☐ Chron

M_ ☐ Trastorno musculoesquelético: _____

RE ☐ Enfermedad reactiva de las vías respiratorias

EU ☐ Condición tiroidea: _____

Otros antecedentes médicos pertinentes (hospitalizaciones, lesiones, otros diagnósticos / condiciones no enumerados):

Por favor enumere TODOS los medicamentos actuales (circule aquellos que se tomarán en la escuela):

Tenga en cuenta: la ley estatal requiere un permiso por escrito del proveedor de atención médica y los padres antes de que cualquier medicamento (con receta Y sin receta médica) se pueda llevar y / o tomar en la escuela. Formularios disponibles en línea y en la oficina de cada escuela.

Mi estudiante usa: ☐ Gafas YF ☐ Lentes de contacto YF ☐ Audífonos YB ☐ Otro:

☐ **Mi estudiante no tiene condiciones de salud crónicas en este momento.**

Si no se puede contactar al padre / tutor o al contacto de emergencia autorizado en el momento de una emergencia médica, y si la atención inmediata es urgente a juicio de las autoridades escolares, autorizo y dirijo a las autoridades escolares que envíen al estudiante al centro de salud más cercano y más apropiado. Entiendo que asumiré toda la responsabilidad por el pago de cualquier servicio prestado.

Fecha:

Firma:

Relación:

Teléfono: