

INFORMACIÓN DE SALUD DEL ESTUDIANTE 2026-2027

UN MENSAJE IMPORTANTE SOBRE LA SALUD DE SU HIJO(A)

La enfermera trabaja para promover la buena salud entre los estudiantes y el personal. Nuestro objetivo es ayudar a que su hijo(a) tenga un año escolar saludable y exitoso. La enfermera escolar sigue pautas establecidas para el cuidado de los estudiantes en el campus. La enfermera escolar está disponible para brindar primeros auxilios y realizar evaluaciones a los estudiantes. Si su hijo(a) necesita ser recogido(a) de la escuela debido a una enfermedad o a alguna preocupación identificada durante la evaluación, se le notificará sobre la necesidad de seguimiento. Los medicamentos (incluidos los medicamentos de emergencia como epinefrina/EpiPen, inhaladores, medicamentos para convulsiones y glucagón) se administrarán de acuerdo con las instrucciones escritas del médico y con el permiso de los padres. La enfermera no cuenta con un suministro de medicamentos de venta libre para administrar a los estudiantes. Sin embargo, si un estudiante presenta una reacción repentina, grave y potencialmente mortal no diagnosticada previamente (anafilaxia), se llamará al 911 y se notificará al padre/madre o tutor(a) indicado(a) a continuación y, de ser necesario, un empleado capacitado administrará una dosis inicial inyectable de epinefrina.

Nombre del estudiante		Grado	Homeroom/Clase de tutoría		Fecha de Nacimiento	
Nombre de la madre		Teléfono del hogar		Teléfono del trabajo		Teléfono celular
Nombre del padre		Teléfono del hogar		Teléfono del trabajo		Teléfono celular
Correo electrónico del padre/madre						
Contacto de emergencia		Teléfono del hogar		Teléfono del trabajo		Teléfono celular
Médico/Médico de atención primaria				Número de teléfono		
Dentista				Número de teléfono		
Especialista				Número de teléfono		
¿Ha asistido su hijo(a) anteriormente a una escuela pública de Carolina del Norte?					Sí ☐	No ☐
¿Tiene su hijo(a) un IEP (Programa de Educación Individualizada)?					Sí ☐	No ☐
¿Tiene su hijo(a) un Plan 504?					Sí ☐	No ☐
¿Ha recibido su hijo(a) las vacunas infantiles?					Sí ☐	No ☐
¿Ha acudido su hijo(a) al médico para un chequeo físico/de rutina en los últimos 12 meses?					Sí ☐	No ☐
¿Tiene su hijo(a) seguro médico?					Sí ☐	No ☐
Por favor, circule cuál seguro tiene: seguro privado - medicaid - otro						
Doy mi permiso a la enfermera escolar para compartir o recibir información relacionada con la salud necesaria para el cuidado de mi hijo(a) con los proveedores mencionados arriba durante el año escolar. Esta información se compartirá, si es necesario, con el maestro(a), personal o consejero(a) de mi hijo(a) para el cuidado de mi hijo(a) durante el día escolar.					Sí ☐	No ☐
Mi hijo(a) puede participar en exámenes de salud para visión, audición y dental según lo indicado en el manual del estudiante. Se le notificará sobre cualquier hallazgo anormal de dichos exámenes.					Sí ☐	No ☐
La información de los exámenes de salud se registrará en la tarjeta de salud y/o en el módulo de salud de Infinite Campus. Si existe alguna condición médica, se añadirá un aviso en el perfil de Infinite Campus del estudiante.						
Yo/Nosotros autorizamos además a cualquier médico u hospital a proporcionar atención médica y tratamiento en caso de una emergencia que pueda ser necesaria para el cuidado de mi hijo(a) sin nuestro permiso o autorización específica.						
Padre/Tutor: Si existen consideraciones específicas que deben tenerse en cuenta antes de proporcionar atención médica o tratamiento, por favor complete una declaración explicativa.						
Si tiene algún cambio en cualquiera de los números de teléfono o contactos mencionados para su hijo(a), debe notificar a la escuela.						
Firma del Padre/Tutor			/		Fecha	

**** COMPLETE EL REVERSO DE LA HOJA ANTES DE DEVOLVERLA ****

INFORMACIÓN DE SALUD DEL ESTUDIANTE 2026-2027 (Parent/Guardian to complete)

Por favor, marque los elementos que correspondan a la salud de su hijo(a), indique los medicamentos que toma y responda las preguntas relacionadas. Esta información se encuentra en la enfermería (enfermera escolar) y se compartirá con el personal docente si es necesario para brindar el mejor cuidado a su hijo(a) mientras esté en la escuela.

Nombre del estudiante:		Fecha de Nacimiento:
Homeroom/Clase de tutoría:		Grado:

☐ Mi hijo(a) NO tiene problemas de salud. _____ Iniciales

¿Necesitará su hijo(a) tomar medicamentos durante el día escolar? ☐ SÍ ☐ NO

(Incluye inhalador, EpiPen, Valtoco/Diastat, Glucagón/Baqsimi)

Si la respuesta es SÍ, consulte la política de medicamentos en el manual para padres y comuníquese con la enfermera escolar para solicitar un formulario de autorización de medicamentos.

Condición Crónica	¿SÍ?	Información sobre la Condición	Descripción para la enfermera escolar
TDA/TDAH		Toma de medicamentos para TDA/TDAH SÍ ☐ No ☐ Nombre del medicamento:	Necesita tomar medicamentos en la escuela: SÍ ☐ No ☐
Alergias:		☐ Estacional ☐ Ambiental ☐ Abejas/insectos que requieren tratamiento	Desencadenantes de alergias: _____ Tiene un EpiPen para reacciones a picaduras SÍ ☐ No ☐
		☐ Alergias alimentarias: por favor indique: _____	¿La alergia ha sido diagnosticada por un médico? SÍ ☐ No ☐ ¿Orden de dieta vigente en la cafetería? SÍ ☐ No ☐ El estudiante tiene un EpiPen para reacciones: SÍ ☐ No ☐
Autismo		☐ Trastorno de Asperger ☐ Otro: _____	Medicamentos: Yes ☐ No ☐
Cáncer		Tipo:	☐ En tratamientos ☐ en remisión
Diabético/a		Tipo: ☐ I ☐ II	☐ Pastillas ☐ Insulia ☐ Bomba ☐ Inyección
Síndrome de Down			
Cabeza			
Convulsiones		☐ Epilepsia ☐ Febril ☐ Otro: _____ Fecha de la última convulsion _____	Medicamentos _____ Medicamento de emergencia - SÍ ☐ No ☐
Historial de lesiones/contusiones		Conmoción cerebral ☐ Otro ☐ : _____	Fecha de la lesion/conmoción: _____
Dolores de cabeza/migrañas		Medicamentos: SÍ ☐ No ☐	Frecuencia _____
Trastorno psicológico		Medicamentos: SÍ ☐ No ☐	Terapeuta SÍ ☐ No ☐ Nombre: _____
Dermatología			
Problemas en la piel		☐ Eccema ☐ Pigmentación cutánea anormal (manchas café con leche) ☐ Hemangiomas ☐ Manchas mongólicas ☐ Otro: _____	

Visión/Audición			
Problemas de audición		Uso de audífono: Izquierdo ☐ Derecho ☐ Implante coclear: Sí ☐ No ☐	
Problemas de visión		Usa: Gafas ☐ Lentes de contacto ☐ Solo para leer ☐ Todo trabajo escolar ☐	Fecha de ultimo examen: _____ Proveedor: _____
Circulatorio/Respiratorio			
Asma		Medicamentos: Sí ☐ No ☐	Fecha del ultimo episodio: _____ Desencadenantes conocidos: _____
Fibrosis quística		Enzimas: _____	Medicamentos/tratamiento: _____
Problema cardíaco/Hipertensión		Medicamentos: Sí ☐ No ☐	Especialista: _____
Trastornos sanguíneos		☐ Hemofilia ☐ Sangrados nasales ☐ Anemia de células falciformes ☐ Otro _____	Frecuencia de sangrados nasals: _____
Abdominal			
Problemas de riñón/vejiga			Especifique: _____
Problemas menstruales			Especifique: _____
Problemas estomacales			
Músculo-esquelético (marque si aplica)			
☐ Artritis ☐ Parálisis cerebral ☐ Esclerosis múltiple ☐ Distrofia muscular ☐ Espina bífida Otros problemas ortopédicos: _____		☐ Diagnóstico: _____	Ayuda para caminar/férulas: Sí ☐ No ☐
		Medicamentos: Sí ☐ No ☐	☐ Silla de rueda
Otros problemas de salud, indíquelo aquí:			
Si su hijo(a) tiene una condición de salud, por favor contacte a la enfermera escolar para discutir un plan de cuidado que satisfaga las necesidades de su hijo(a) durante el día escolar.			

**** COMPLETE LAS TRES PAGINAS ANTES DE DEVOLVERLAS ****