

Completar este formulario si su estudiante tiene problemas de salud nuevos o actualizados que la escuela debe saber.

Nombre del/la estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____ Año escolar: _____ ¿Tiene seguro médico? ☐ Sí ☐ No

Nombre del proveedor de atención médica: _____

☐ **NO SE CONOCE NINGUNA CONDICIÓN**

☐ **SE REQUIERE INTÉRPRETE Idioma:** _____

Condiciones de salud potencialmente mortales ☐ SÍ ☐ NO

- ☐ Anafilaxia (epinefrina recetada) ☐ Alérgeno/s: _____
- ☐ Diabetes: ☐ Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐ Asma – Grave
- ☐ Convulsiones – (Se requiere medicación de emergencia)
- ☐ Otra condición potencialmente mortal: _____

**** La ley estatal requiere que los estudiantes con afecciones potencialmente mortales tengan un plan de atención completado y tengan medicamentos en su lugar.***

Respiratorio

- ☐ Asma-Corriente ☐ Asma- Diagnosticado
- ☐ Asma-Inducido por ejercicio
- ☐ Enfermedad reactiva de las vías respiratorias
- ☐ Otras condiciones respiratorias: _____

Ojos / Oídos

- ☐ Discapacidad auditiva ☐ Infecciones frecuentes del oído
- ☐ Usa anteojos o lentes de contacto
- Otros: _____

Alergia Nutricional

- ☐ Alergia- Alimentación: _____
- ☐ Alergia- Insecto _____
- ☐ Alergia- Moho, polvo, polen. Describir: _____
- ☐ Alergia- Medicación: _____
- ☐ Alergia otra: _____

Gastrointestinal (Digestivo)

- ☐ Trastorno celíaco
- ☐ Intolerancia alimentaria (incluida la preferencia religiosa): _____
- ☐ Encopresis de estreñimiento ☐ Crónico
- ☐ Reflujo gástrico ☐ Acidez estomacal ☐ ERGE
- ☐ Preocupaciones de alimentación: _____
- ☐ Otros problemas digestivos: _____

Hospitalizaciones o cirugías recientes. Por favor, describa: _____

Salud mental o conductual

- ☐ Ansiedad ☐ Depresión
- ☐ Trastorno del sueño ☐ Otra salud mental o conductual: Condición: _____
- ☐ Actualmente recibiendo terapia. Frecuencia: _____

Sistema nervioso (cerebro)

- ☐ Fecha de diagnóstico de TDAH/TDA _____
- ☐ Dolores de cabeza del espectro ☐ autistas recurrentes
- ☐ Convulsiones tipo: _____
- ☐ Lesión cerebral traumática / conmoción cerebral. Fecha de la lesión: _____
- ☐ Otra condición neurológica: _____

Hemorragia

- ☐ Hemorragias nasales frecuentes
- ☐ Otra condición de la sangre: _____

Huesos / Actividad física

- ☐ Condición: _____
- ☐ Silla de ruedas, muletas, tirantes: _____
- ☐ Cualquier fractura reciente de huesos u otras lesiones que afecten la movilidad: _____

Cardíaco / Corazón / Flujo sanguíneo

Por favor describa: _____

Medicamentos: Mi estudiante requiere medicamentos en la escuela para el año escolar actual: ☐ SÍ ☐ NO

Medicamentos en casa: ☐ SÍ ☐ NO

Medicación(es): _____

Otros problemas de salud o información no enumerada:

La información proporcionada se mantiene en estricta confidencialidad y solo se compartirá con el personal apropiado de la escuela que necesita saber para garantizar la salud y la seguridad del/la estudiante. Es responsabilidad de las/os madres/padres/tutores notificar a la/el enfermera/o de la escuela si surgen problemas de salud o cambian las condiciones, y proporcionar correspondencia según sea necesario del/la proveedor de atención médica del/la niño/a con respecto a su(s) condición(es).

Firma: _____ Nombre impreso: _____ Fecha: _____