Solicitud de Información de Salud

Debe completarse anualmente

Fecha: _____

Envíe el siguiente formulario a la maestra de su hijo **tan pronto como sea posible**. Esto será revisado por la enfermera de la escuela.

Escuela:	Grado:	Maestro:	
Nombre del Estudiante:	**Fecha de Nacimiento:**		Bus #:
Padres/Tutor:		Teléfono durante el día(1):	
Correo electrónico de los padres:		Teléfono durante el día(2):	
Contacto de Emergencia:		Teléfono:	
Doctor actual/Práctica:		Teléfono:	
Medicamentos actuales:			
¿Su hijo necesita medicamentos en la escuela?: ☐ No ☐ Si* (enumere): _____ (*) **Se requiere que el proveedor de atención médica y el padre/tutor firmen el formulario de consentimiento para medicamentos. No se puede dar medicamentos hasta que se hayan recibido los consentimientos**			

A continuación, verifique la(s) condición(es) ue tiene su hijo, O

☐ **MI HIJO NO TIENE CONDICIONES DE SALUD CONOCIDAS**

(Puede detenerse aquí si no hay condiciones médicas conocidas. Por favor firme en la parte inferior y devuelva el formulario).

__ **ADD/ADHD** (Ver abajo) __ **Alergia, Severa** (Ver abajo) __ **Asma** (Ver abajo) __ Autismo __ Cáncer/ Leucemia Fecha de diagnóstico: _____ __ Parálisis Cerebral	__ Enfermedad de Crohn/IBS __ Fibrosis Quística __ **Diabetes** (Ver abajo) __ Síndrome de Down __ **Epilepsia/Convulsiones** (Ver abajo) __ Lentes/Lentes de Contacto __ Pérdida auditiva/Audífono	__ **Conmoción Cerebral** Fecha de Diagnóstico: _____ __ Enfermedades del Corazón Tipo: _____ __ Hemofilia / Trastorno de Sangre __ **Diagnóstico de salud mental** (Ver abajo) __ Migrañas __ Enfermedad Neuromuscular	__ Hemorragias nasales frecuentes/severa __ Impedimento ortopédica __ Enfermedad Renal __ Artritis Juvenil __ Anemia falciforme __ Ulceras / Reflujo Gástrico __ Otro: _____

PARA LAS SIGUIENTES CONDICIONES, POR FAVOR PROPORCIONE INFORMACIÓN ADICIONAL:

Alergias Severas Notifique a la enfermera de la escuela **INMEDIATAMENTE** si se puede producir anafilaxis	¿A que es alérgico su niño? ☐ Maní ☐ Nueces de árbol ☐ Leche ☐ Huevo ☐ Picaduras de insectos ☐ Otro: _____ ¿Se necesita medicación en la escuela para las alergias? ☐ No ☐ Si* Si es afirmativo, nombre: _____ Loacción deseada del medicamento: ☐ Llevado por el estudiante * **(requiere formulario)** ☐ Enfermería Fecha / Tipo Última Reacción: _____ Comprobar el tipo de reacción alérgica que se produce: ☐ Urticaria ☐ Hinchazón ☐ Dificultad para respirar ☐ Otro: _____
Asma	¿Se necesita medicación para el asma en la escuela? ☐ No ☐ Si* Si es afirmativo, nombre: _____ Loacción deseada del medicamento: ☐ Llevado por el estudiante * **(requiere formulario)** ☐ Enfermería Fecha del último episodio: _____ Comprobar qué causa un brote de asma: Ocasionado por: ☐ Ambiente ☐ Estacional ☐ Ejercicio ☐ Infección de las vías respiratorias ☐ Otro:_____
Epilepsia/ Convulsiones	Tipo: ☐ Convulsiva ☐ No-Convulsiva Fecha de la última convulsión: _____ ¿Se necesita medicación de emergencia en la escuela? ☐ No ☐ Si* Si es afirmativo, nombre: _____
Diabetes	Tipo I ☐ Tipo II ☐ Fecha de Diagnóstico: _____ * **Insulina** por: ☐ Bomba ☐ Inyecciones **CGM** (i.e.: Dexcom): ☐ No ☐ Yes, Tipo: _____ ***Llame para programar una conferencia con la enfermera: notifique a la enfermera de su escuela si tiene un diagnóstico reciente***
ADD/ADHD Salud Mental	Tipo: ☐ ADD ☐ ADHD ☐ Ansiedad ☐ Depresión ☐ Otro: _____ Medicamentos utilizados para el tratamiento: _____

Tenga en cuenta que la información que proporcione se compartirá con el personal según sea necesario.

En caso de una emergencia y no se me puede contactar, doy permiso a la enfermera de la escuela para que se comunique con mi médico para recibir más instrucciones sobre medicamentos o cuidados.

_____ _____

Firma del padre / tutor **Fecha**