

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 ☐ Sí* (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 ortopédico ☐ Enfermedad Renal ☐ Artritis Juvenil ☐ Anemia falciforme ☐ Úlceras / 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: _____ <i>Llame para programar una conferencia con la enfermera: notifique a la enfermera de su escuela si tiene un diagnóstico reciente</i>
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 comuniquen con mi médico para recibir más instrucciones sobre medicamentos o cuidados.

Firma del padre / tutor

Fecha