SAN LUIS COASTAL UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Division of Educational Services / Student Support Services

2026-2027 Información Confidencial para la Enfermera Estudiantil

Esta información ayudará al personal de la escuela a planificar las necesidades de su hijo y su seguridad en la escuela. **Si su hijo/a tiene una condición de salud grave, por favor comuníquese con la enfermera de la escuela inmediatamente por medio de la secretaria de su escuela.**

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombres de los Representantes: _____ Teléfono: _____

Nivel de Grado: ☐ Preescolar ☐ TK/Kinder ☐ Estudiante nuevo Grado: _____

☐ Mi niño/a **no** tiene ninguna condición de salud **Firma del Representante**:_____Fecha:_____

Asma: ☐ Severa ☐ Moderada Causas: _____

Medicamentos: _____

Alergias: ☐ Anafilaxia: Epipen ☐ Severa ☐ Moderada Causas: _____

Síntomas: _____

Tratamiento/Medicamento: _____

Episodio más reciente: _____

Diabetes: ☐ Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐ insulina en la escuela ☐ inyección/pluma ☐ bomba ☐ Independiente en el cuidado

Notas: _____

Convulsiones: **Historia:** Edad del primer incidente: _____ Tipo: _____

Tratamiento: _____

Trastorno convulsivo actual: Tipo: _____ Frecuencia: _____

Ataque más reciente: _____

Tratamiento/Medicamento: _____

Medicamento*: Nombre: _____ ☐ Tomado en la escuela ☐ Tomado en casa

Se requiere un formulario de autorización de medicamentos de la escuela completado por un padre y un médico para CUALQUIER medicamento (incluso medicamentos de venta libre) para tomar en la escuela (formulario disponible en la oficina).

Usa lentes: Sí ☐ No ☐ Notas: _____

Pérdida de audición / preocupaciones: ☐ Sí ☐ No Notas: _____

Otro: Por favor describa cualquier condición de salud, no especificada arriba, que puede ayudar al personal de la escuela en la planificación de las necesidades de su hijo y para proveerle primeros auxilios, como por ejemplo efectos secundarios de cualquier medicina, uso de audífonos, aparatos ortopédicos, yesos temporales etc.

Pasar la página

Dormir: **¿Tu hijo tiene problemas a la hora de irse a dormir?** Sí ☐ No ☐

Si es así, por favor explique_____

¿Su hijo parece estar demasiado cansado o somnoliento durante el día? Sí ☐ No ☐

Si es así, por favor explique_____

¿Tu hijo todavía toma siestas? Sí ☐ No ☐

Si es así, por favor explique_____

¿Tu hijo se despierta mucho por la noche? Sí ☐ No ☐

Si es así, por favor explique_____

¿Su hijo tiene una hora regular para acostarse y para despertarse? Sí ☐ No ☐

Si es así, por favor explique_____

¿Su hijo ronca mucho o tiene dificultad para respirar durante la noche? Sí ☐ No ☐

Si es así, por favor explique_____

☐ Sí ☐ No Doy mi permiso para que el personal de la escuela discuta las condiciones/medicamentos indicados aquí con el médico(s) cual nombre aparece en la Tarjeta de Información de Emergencia.

Firma del Representante **Fecha**

Firma de Enfermera **Fecha**