



Estimados Padres/Tutores,

Les estoy enviando esta carta para recopilar información sobre los estudiantes que tienen necesidades médicas. Por favor llene el reverso de este formulario, "Solicitud de Información de Salud," independientemente de si su estudiante tiene o no necesidades médicas que podrían afectar su aprendizaje o pueda requerir de cuidado de emergencia durante el día de clases. Se requiere un diagnóstico por escrito de un proveedor de atención médica para que la enfermera de la escuela desarrolle un plan de atención médica individualizado. Además, informe a la enfermera de su escuela si su hijo participa en actividades escolares extracurriculares.

Condiciones de Salud Crónicas

- Por favor complete el reverso de esta forma anualmente.
- Si su hijo tiene una condición/alergia que ponga en peligro su vida, notifique a la enfermera de la escuela y a cualquier otro miembro del personal que estará en contacto con su hijo (incluida la atención después de la escuela, cafetería/conductor del autobús entrenador/actividades extracurriculares).
- Comuníquese con la enfermera de la escuela si necesita programar una conferencia para discutir detalles sobre el desarrollo de un plan de atención médica para su hijo.
- Proporcionar los cambios necesarios que se producen durante el año escolar, ya sea con los números de contacto o la condición de salud de su hijo.

Administración de Medicamentos

- Los medicamentos deben enviarse en el envase original si se trata de un medicamento de venta libre o un frasco con receta si se trata de un medicamento con receta.
- Por favor revise las fechas de vencimiento. El personal de la escuela no está autorizado a dar medicamentos vencidos.
- La escuela no proporciona ningún medicamento, incluyendo ungüentos, cremas, analgésicos, gotas para los ojos, etc. El padre/tutor debe proporcionar cualquier medicamento administrado en la escuela.
- Se requiere un formulario de consentimiento de medicamentos para cualquier medicamento administrado en la escuela.
- **Se requieren las firmas del padre/tutor y del proveedor de atención médica del estudiante para que CUALQUIER medicamento se administre en la escuela. Esto incluye medicamentos recetados y de venta libre.**
- Se aceptan consentimientos de los padres y/o del médico enviados a través del Fax.
- La política completa de medicamentos de UCPS puede verse en línea en: www.ucps.k12.nc.us

Si tiene preguntas o inquietudes, por favor llame a la escuela. Estaré encantada de poder hablar con usted.

Sinceramente,

La Enfermera de la Escuela

In compliance with federal law, UCPS administers all educational programs, employment activities and admissions without discrimination against any person on the basis of gender, race, color, religion, national origin, age or disability.

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 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: _____ 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 comuniquen con mi médico para recibir más instrucciones sobre medicamentos o cuidados.

Firma del padre / tutor

Fecha