

Estimado padre / tutor,

Estoy enviando esta carta para recopilar información sobre los estudiantes que tienen necesidades de salud. Por favor llene el reverso de este formulario, "Solicitud de Información de Salud," independientemente de si su estudiante tiene necesidades médicas que podrían afectar el aprendizaje o requerir atención de emergencia durante la jornada escolar. Se requiere el diagnóstico por escrito de un proveedor de atención médica para que la enfermera desarrolle un Plan de Atención Médica Individualizado. Además, informe a la enfermera de la escuela si su hijo participa en actividades escolares extracurriculares.

Condiciones de Salud Crónicas

- Complete el reverso de este formulario.
- Si su hijo tiene una afección/alergia que pone en peligro la vida, notifique a la enfermera de la escuela y a cualquier otro miembro del personal que estará en contacto con su hijo (incluido el cuidado después de la escuela, cafetería/conductor de autobús/entrenador/actividades extracurriculares).
- Comuníquese con la enfermera de la escuela si necesita programar una conferencia para discutir los detalles sobre el desarrollo de un plan de atención médica para su hijo.
- Proporcione los cambios/actualizaciones necesarios que ocurran durante el año escolar con respecto a sus números de contacto o la condición de salud de su hijo.

Administración de Medicamentos

- El medicamento debe enviarse en el envase original si es un medicamento de venta libre o en un frasco recetado si es un medicamento recetado.
- Verifique las fechas de vencimiento. El personal de la escuela no puede dar medicamentos vencidos.
- La escuela no proporciona ningún medicamento, incluidos ungüentos, cremas, analgésicos, gotas para los ojos, etc. Cualquier medicamento administrado en la escuela debe ser proporcionado por el padre/tutor.
- Se requiere un formulario de consentimiento de medicamentos para cualquier medicamento administrado en la escuela.
- **Se requieren las firmas de un padre/tutor Y del proveedor de atención médica del estudiante para CUALQUIER medicamento a ser administrado en la escuela. Esto incluye medicamentos recetados y de venta libre.**
- Se aceptan los consentimientos enviados por fax de los padres y/o médicos.
- La política completa de medicamentos de UCPS se puede ver en línea en [UCPS Policy Manual](#)

Si tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con la escuela. Estaré encantado de hablar con usted.

Atentamente,

Enfermera de la Escuela

Debe completarse anualmente

 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:	Profesor:
NOMBRE DEL ESTUDIANTE:	Fecha de Nacimiento:	Bus #:
Padres/Tutor:	Teléfono durante el día (1):	
Correo electrónico del Padres/Tutor:	Teléfono durante el día (2):	
Contacto de Emergencia::	Teléfono:	
Doctor actual/Práctica:	Teléfono:	
Alergias a medicamentos y reacción (s): <input type="checkbox"/> NINGUNO CONOCIDO <input type="checkbox"/> Si (enumere):		
Medicinas actuales:		
Se necesita medicamentos en la escuela?: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si* (enumere): _____		
(*)Se requiere que los formularios de consentimiento de medicamentos estén firmados por el proveedor de atención médica y el padre/tutor. No se pueden administrar medicamentos hasta que se haya recibido el consentimiento. El formulario de consentimiento se proporcionará a pedido.		

A continuación, marque la(s) condición(es) que su hijo(a) tiene, 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 a continuación) Alergias, Severas (Ver a continuación) Alergias, Estacional Asma (Ver a continuación) Autismo Cáncer/Leucemia Fecha diagnosticada	Cerebral Palsy Enfermedad de Crohn/IBS Fibrosis Quística Diabetes (Ver a continuación) Síndrome de Down Epilepsia/Convulsiones (Ver a continuación) Lentes/Contactos	Audífono / Pérdida Lesión en la Cabeza / Conmoción Cerebral Fecha diagnosticada: _____ Enfermedades del Corazón Tipo: _____ Hemofilia / Trastorno de Sangre Diagnóstico de salud mental (Ver a continuación) Migrañas/Dolor de Cabeza	Enfermedad Neuromuscular Discapacidad ortopédica Enfermedad Renal Artritis Juvenil Anemia falciforme Úlceras / Reflujo Gástrico Otro: _____
--	---	---	---

PARA LAS SIGUIENTES CONDICIONES, PROPORCIONE INFORMACIÓN ADICIONAL:

Alergias Severas Notifique a la enfermera de la escuela INMEDIATAMENTE si se puede producir anafilaxis	A que es alérgico su niño? <input type="checkbox"/> Maní <input type="checkbox"/> Nueces de árbol <input type="checkbox"/> Leche <input type="checkbox"/> Huevo <input type="checkbox"/> Picaduras de insectos <input type="checkbox"/> Otro: _____ Se necesita medicación en la escuela para las alergias? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si* Si es afirmativo, nombre: _____ Ubicación de la medicación: <input type="checkbox"/> Llevado por el estudiante * (requiere formulario) <input type="checkbox"/> Clase <input type="checkbox"/> Enfermería Fecha / Tipo Última Reacción: _____ Marcar el tipo de reacción alérgica que produce: <input type="checkbox"/> Urticaria <input type="checkbox"/> Hinchazón <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Otro: _____
Asma	Se necesita medicación para el asma en la escuela? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si* Si es afirmativo, nombre: _____ Ubicación de la medicación: <input type="checkbox"/> Llevado por el estudiante * (requiere formulario) <input type="checkbox"/> Clase <input type="checkbox"/> Enfermería Fecha del último episodio: _____ Desencadenado por: <input type="checkbox"/> Ambiente <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Inducido por Ejercicio <input type="checkbox"/> Infección de las vías respiratorias altas <input type="checkbox"/> Otro: _____
Epilepsia/ Convulsiones	Tipo: <input type="checkbox"/> Solo febril <input type="checkbox"/> Convulsiva <input type="checkbox"/> No-Convulsiva Fecha de la última convulsión: _____ Se necesita medicación de emergencia en la escuela? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si* Si es afirmativo, nombre: _____
Diabetes	Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II <input type="checkbox"/> Fecha de Diagnóstico: _____ * Insulina por: <input type="checkbox"/> Bomba <input type="checkbox"/> Inyecciones CGM (i.e.: Dexcom): <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> ADD/ADHD <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> 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