

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:	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:	
Medicación alergias y reacción(es): <input type="checkbox"/> NINGUNO CONOCIDO <input type="checkbox"/> Si (enumere):		
Medicamentos actuales:		
¿Su hijo necesita medicamentos en la escuela?: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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).

<input type="checkbox"/> ADD/ADHD (Ver abajo) <input type="checkbox"/> Alergia, Severa (Ver abajo) <input type="checkbox"/> Alergia, Estacional <input type="checkbox"/> Asma (Ver abajo) <input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Cáncer/ Leucemia Fecha de diagnóstico: _____ <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn/IBS <input type="checkbox"/> Fibrosis Quística <input type="checkbox"/> Diabetes (Ver abajo) <input type="checkbox"/> Síndrome de Down <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones (Ver abajo) <input type="checkbox"/> Lentes/Lentes de Contacto <input type="checkbox"/> Pérdida auditiva/Audífono	<input type="checkbox"/> Lesión en la Cabeza/Conmoción Cerebral Fecha de Diagnóstico: _____ <input type="checkbox"/> Enfermedades del Corazón Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Hemofilia / Trastorno de Sangre <input type="checkbox"/> Diagnóstico de salud mental (Ver abajo) <input type="checkbox"/> Migrañas <input type="checkbox"/> Enfermedad Neuromuscular	<input type="checkbox"/> Hemorragias nasales frecuentes/severa <input type="checkbox"/> Discapacidad ortopédica <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal <input type="checkbox"/> Artritis Juvenil <input type="checkbox"/> Anemia falciforme <input type="checkbox"/> Ulceras / Reflujo Gástrico <input type="checkbox"/> 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? <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: _____ Loacción deseada del medicamento: <input type="checkbox"/> Llevado por el estudiante * (requiere formulario) <input type="checkbox"/> Clase <input type="checkbox"/> Enfermería Fecha / Tipo Última Reacción: _____ Comprobar el tipo de reacción alérgica que se 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: _____ Loacción deseada del medicamento: <input type="checkbox"/> Llevado por el estudiante * (requiere formulario) <input type="checkbox"/> Clase <input type="checkbox"/> Enfermería Fecha del último episodio: _____ Comprobar qué causa un brote de asma: Ocasionado por: <input type="checkbox"/> Ambiente <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Ejercicio <input type="checkbox"/> Infección de las vías respiratorias <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 <input type="checkbox"/> 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 comuniquen con mi médico para recibir más instrucciones sobre medicamentos o cuidados.

Firma del padre / tutor _____

Fecha _____