

Envíe el siguiente formulario a la maestra de su hijo **tan pronto como sea posible**. Esto será revisado por la enfermera de la escuela.

Nombre del Estudiante:		Maestro/Grado:	Bus#:
Escuela:		Fecha de Nacimiento:	Teléfono de la casa:
Padres/Tutor:		Teléfono durante el día:	
Padres/Tutor:		Teléfono durante el día:	
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 los formularios de consentimiento de medicamentos estén firmados por el proveedor de atención médica y el padre/tutor. No se pueden administrar medicamentos sin los consentimientos.

A continuación verifique las condiciones que 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 (Vea abajo) ___ Alergia, Estacional ___ 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	___ Audífono / Pérdida ___ Lesión en la Cabeza / Conmoción Cerebral Fecha de Diagnóstico: _____ ___ Enfermedades del Corazón Tipo: _____ ___ Hemofilia / Trastorno de Sangre ___ Diagnóstico de salud mental (Ver abajo) ---- Migrañas	___ Enfermedad Neuromuscular ___ Discapacidad ortopédica ___ Enfermedad Renal ___ Artritis Juvenil ___ Anemia falciforme ___ Ulceras / 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? <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: _____
Diabetis	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 _____