

Historial de Salud del Estudiante—Información Confidencial

Distrito Escolar de Auburn No. 408 • Auburn, Washington

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Escuela _____ Grado _____ Sexo _____

Padre/Tutor _____ Número de teléfono (hogar) _____ Celular/trabajo # (_____) _____

Padre/Tutor _____ Número de teléfono (hogar) _____ Celular/trabajo # (_____) _____

¿Ha recibido su niño/a tratamiento médico de un especialista? Sí No Nombre del Especialista _____

Fecha y razón para el tratamiento _____

Médico de Atención Primaria _____ Número de Teléfono (_____) _____

Historial Médico - Por favor complete lo siguiente marcando sí o no a cada pregunta. Si marca "sí", complete la línea de comentarios.

Nacimiento e Infancia: Peso al nacer _____ ¿Fue su embarazo de término completo? Sí No Duración del embarazo _____

Comentarios

¿Uso de alcohol o drogas durante el embarazo? Sí No _____

¿Problemas durante el embarazo? Sí No _____

¿Problemas durante el parto? Sí No _____

¿Preocupaciones durante el primer año del niño? Sí No _____

¿Defectos de nacimiento? Sí No _____

¿A qué edad su niño: Aprendió a ir al baño? _____ Caminar? _____ Hablar? _____

¿Tuvo su niño/a alguna vez:

Una lesión grave en la cabeza? Sí No _____

Perdió el conocimiento? Sí No _____

Un ataque convulsivo? Sí No _____

Una enfermedad grave? Sí No _____

Una lesión/accidente grave? Sí No _____

Cirugía o estaba en el hospital? Sí No _____

¿Tiene su hijo/a un historial de:

Algún accidente/lesión/enfermedad grave? Sí No _____

Asma? Sí No *Si responde sí, complete la sección de Asma en el reverso de esta página.*

Problemas del corazón/sangre? Sí No _____

Diabetes? Sí No *Si responde sí, complete la sección de Diabetes en el reverso de esta página.*

Problemas de la vista? Sí No _____

Convulsiones/problemas neurológicos? Sí No _____

Problemas endocrinos? Sí No _____

Problemas auditivos? Sí No _____

Problemas musculares o esqueléticos? Sí No _____

Problemas de vejiga/digestión/intestinales? Sí No _____

Problemas de prestar atención/enfocarse? Sí No _____

Problemas emocionales/comportamiento? Sí No _____

Necesidad de equipo médico? Sí No _____

Condiciones de la piel? Sí No _____

Alergias? Sí No **Tiene alergia a:** _____

Alergia a los alimentos? Sí No **Tiene alergia a:** _____

Si responde sí, complete la sección de Alergia a los Alimentos en el reverso de esta página.

Alergia a picaduras de abejas? Sí No _____

Anafilaxia – **alergia severa:** dificultad Sí No **Tiene alergia a:** _____

Si responde sí, complete la sección de Anafilaxia – Alergia grave en el reverso de esta página.

para respirar o necesita medicamentos? Sí No **Tiene alergia a:** _____

Si responde sí, complete la sección de Anafilaxia – Alergia grave en el reverso de esta página.

Medicamentos: _____ Nombre del Medicamento

¿Necesita medicamentos en casa? Sí No _____

¿Necesita medicamentos en la escuela? Sí No _____

La ley del estado requiere el consentimiento escrito del médico y de los padres para tomar cualquier medicamento en la escuela. Por favor pida un formulario

en la oficina de la escuela.

Yo entiendo que la información que he proporcionado se puede compartir con los miembros del personal de la escuela que necesitan tener conocimiento para poder controlar la condición de mi hijo/a y para proporcionarle un entorno óptimo para planificación educativa, aprendizaje y seguridad. Entiendo que en caso de que suceda una emergencia médica y no pudieran comunicarse conmigo, prevalecerá el buen juicio de las autoridades de la escuela y es posible que mi hijo/a sea enviado al centro médico más cercano a la escuela. Yo asumiré responsabilidad total por el pago de cualesquier servicios proporcionados a mi hijo/a.

Firma de Padre/Tutor

Fecha

Por favor vea el reverso para más información y las firmas de los Padres/Tutores

Asma

Si su estudiante tiene asma como se indica en el lado frontal de este formulario, por favor por favor responda a las siguientes preguntas:

1. ¿Cuánto tiempo ha tenido asma su hijo/a? _____ Años _____ Meses
2. ¿Cuantos días estima usted que su hijo/a faltó a la escuela el año pasado debido al asma? _____
3. ¿Cuantas veces durante el año pasado ha recibido su hijo/a lo siguiente debido al asma?
 - a. ¿Ha estado en el hospital una noche o más? (marque uno) ninguna una dos a cuatro más de cuatro
 - b. ¿Ha recibido tratamiento en una sala de emergencia debido al asma? (marque uno) ninguna una dos a cuatro más de cuatro
 - c. ¿Ha recibido tratamiento en un consultorio médico por asma irregular? (marque uno) ninguna una dos a cuatro más de cuatro
4. ¿Cuáles son las señales de alerta temprana de que su hijo/a va a tener un episodio de asma? (marque todos los que se aplican)
 tos respiración sibilante síntomas de gripe dificultad para hacer ejercicio otro (describa)

5. ¿Tiene que utilizar un nebulizador en casa su hijo/a? Sí No
6. Por favor proporcione el nombre de cualquier medicamento que su hijo/a toma para controlar el asma en casa:

Diabetes

Hay una ley estatal que requiere que todos los estudiantes con diabetes tengan un plan de salud individual para el uso de la escuela. **Si su hijo es diabético, por favor comuníquese con la enfermera de la escuela para que le ayude a elaborar un plan para su estudiante.**

Alergia a los Alimentos

¿Puede el estudiante controlar su alergia a los alimentos? Sí No*

***Si responde no, es necesario que usted llene un formulario de Dieta Recetada; comuníquese con la enfermera de la escuela o con Child Nutrition**

¿Necesita Child Nutrition proporcionar una Substitución de Alimentos? Sí* No

***Si es así, es necesario que usted llene un formulario de Dieta Recetada; comuníquese con la enfermera de la escuela o con Child Nutrition**

Firma de Padre/Tutor

Nombre Escrito

Fecha

Anafilaxia – Alergia Grave

Si su estudiante tiene una alergia de anafilaxia grave, por favor conteste las siguientes preguntas:

1. ¿A qué tiene alergia su estudiante? _____
2. ¿Cuáles son los síntomas de su estudiante? _____
3. ¿Tiene su estudiante una receta médica para un Epi-pen? Sí No

Por favor comuníquese con la Enfermera de la Escuela para que le ayude a implementar un plan de salud y de emergencia para su estudiante.

Condiciones que Amenazan la Vida

RCW 28A.210.320 – Los niños en Condiciones que Amenazan la Vida requieren una orden de medicación o tratamiento como requisito previo para asistir a las escuelas públicas. La ley define “condición que amenaza la vida”, como una condición de salud que pondrá a su hijo/a en peligro de muerte durante el día escolar si no hay un plan de medicación o tratamiento en el sitio. Las condiciones potenciales que amenazan la vida incluyen, pero no se limitan a, los estudiantes con trastornos de convulsiones, diabetes, alergias que ponen la vida en peligro, y algunos estudiantes con asma o condiciones del corazón.

¿Tiene su niño una condición de salud que amenaza la vida? Sí No

Si esta ley se aplica a su estudiante, por favor comuníquese con la Enfermera de la Escuela para que le ayude a escribir el plan de su estudiante.

Firma de Padre/Tutor

Nombre Escrito

Fecha