

Nombre del estudiante (apellido, nombre) _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Género: _____

¿El estudiante padece de una afección POTENCIALMENTE MORTAL? Sí No

Afecciones potencialmente mortales:

(es OBLIGATORIO tener un plan de atención médica)

- EG **Anafilaxia (con EpiPen prescrito)**
 Alérgico a: _____
 Fecha de la última reacción _____
- EK **Diabetes tipo 1**
- NP **Crisis epilépticas (¿se requiere medicación de emergencia?)**
 Tipo: _____
 Fecha de la última convulsión _____
- RD **Asma grave**
- OB **Otras afecciones potencialmente mortales:**

Si la respuesta es "sí", la ley estatal requiere que los alumnos con condiciones que amenazan la vida, como anafilaxis, asma severa, diabetes o epilepsia tengan un plan de cuidado completo junto con la medicación requerida antes del primer día de clases. Complete la sección de Afecciones Mortales Y contacte a la enfermera de la escuela lo antes posible para recibir los formularios necesarios.

2. ¿El estudiante tiene alguna condición de salud? Sí No Inicial: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS (marque todas las opciones que correspondan)

Congénitas/genéticas

- AH Síndrome de Down
 AJ Trastorno del espectro alcohólico fetal
 AG Otras afecciones, especifique: _____

De la sangre/hematológicas

- BA Anemia
 BB Hemofilia
 BC Rasgo de célula falciforme, rasgo de enfermedad
 OJ Antecedentes de hemorragias nasales graves
 BD Otra afección sanguínea: _____

Cardíacas/del corazón

- CC Defectos cardíacos congénitos
 CD Soplo cardíaco
 CG Otra afección cardiovascular: _____

Alérgicas, inmunitarias, endocrinas, metabólicas y nutricionales

- ED Alergia a algún alimento: _____
 EE Alergia a algún insecto: _____
 EB Especifique otros tipos de alergia: _____
 EL Diabetes tipo 2
 EO Otras afecciones endocrinas, inmunes, nutricionales o metabólicas: EQ/ER _____

Gastrointestinales, dentales y orales

- GA Celiacía
 GG Intolerancia a los alimentos/preferencias religiosas
 Especifique: _____
- GL Intolerancia a la lactosa
 GF Encopresis
 GO Constipación crónica
 GH Reflujo gastroesofágico
 GJ Enfermedad inflamatoria intestinal
 GK Síndrome del colon irritable
 GI/GN Otros trastornos gastrointestinales, hepáticos, dentales u orales: _____

Musculoesqueléticas

- MC Artritis reumatoide/idiopática juvenil
 ME Especifique: _____

Cáncer/tumor

- DA Especifique: _____

Sistema nervioso

- NB TDAH/TDA diagnosticado por: _____
 NC Trastorno del espectro autista
 NE Parálisis cerebral
 NF Discapacidad del desarrollo

- NH Migrañas
 NI Dolores de cabeza recurrentes
 NP Trastorno convulsivo Actual Anterior Tipo: _____
 NU Traumatismo craneoencefálico
 NO Otra afección neurológica: _____

Trasplante

- OD Especifique el órgano: _____

Salud mental o conductual

- PA Ansiedad
 PC Depresión
 PH Trastorno del sueño
 PJ Otra afección relacionada con la salud mental o conductual: _____

Respiratorias/de la respiración

- RG Asma: actual
 RH Asma: se diagnosticó alguna vez
 RA Asma: inducida por el ejercicio, última medicina usada _____
- RE Enfermedad reactiva de las vías respiratorias
 Hospitalización/visita a Emergencias, Fecha _____
- RF Otra afección respiratoria: _____

Piel

- SB Eccema o dermatitis de contacto o psoriasis
 SH Otra afección de la piel: _____

Renales/del riñón

- UH Especifique: _____

Auditivas/del oído

- YA Infecciones crónicas de oído Actual Anterior
 YB Problemas de audición Audífonos/Implante coclear
 YC Otra afección del oído: _____

De la vista/del ojo

- YF Usa anteojos/lentes de contacto
 YG Visión cromática deficiente
 YD Discapacidad visual
 YE Otras afecciones de la vista: _____

Otras preocupaciones de salud

- DB Especifique: _____

Nombre del estudiante (apellido, nombre) _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Género: _____

MEDICAMENTOS

Informe todos los medicamentos que el estudiante toma en casa o en la escuela.

¿Debe tomar el medicamento en **casa**? No Sí Especifique: _____

¿Debe tomar el medicamento en la **escuela**? No Sí Especifique: _____

Complete la documentación OBLIGATORIA para los medicamentos que debe tomar en la escuela.

La ley estatal exige un permiso por escrito del tutor y de un proveedor de atención médica antes de que pueda tomar cualquier medicamento (recetado y de venta libre) en la escuela. Los formularios están disponibles en la oficina de la escuela o en nuestro sitio web del distrito y se deben completar anualmente.

Procedimientos/equipos/dispositivos médicos
Ejemplo: sonda gástrica, derivación ventriculoperitoneal, cateterismo, estimulador del nervio vago u otros
Otros (describa) _____

Problemas para realizar actividad física o moverse/equipo de asistencia
Ejemplo: silla de ruedas, aparatos ortopédicos u otros
Otros (describa) _____

Para ayudarnos a comprender mejor las necesidades de su hijo, complete la siguiente información:

Antecedentes médicos/de desarrollo:

Nacimiento e infancia: Peso al nacer _____ ¿El embarazo fue a término? Sí No Duración del embarazo _____

Indique la edad en que su hijo aprendió a hacer lo siguiente: Ir solo al baño _____ Caminar _____ Hablar _____

¿Estuvo internado? _____

¿Sufrió heridas graves? _____

¿Fue atendido por un especialista? _____

¿Qué otra información nos sería útil saber sobre su hijo? Especifique: _____

- Entiendo que la información que proporcioné se compartirá con el personal correspondiente de la escuela que necesita conocerla para garantizar la salud y la seguridad del estudiante.
- Si no se puede contactar a los padres/tutores o a los contactos de emergencia autorizados en el momento de una emergencia médica, y si se necesita la atención médica de forma urgente según el juicio de las autoridades escolares, autorizo y ordeno a las autoridades escolares que envíen al estudiante al hospital o al médico más cercano. Entiendo que voy a asumir toda la responsabilidad por el pago de cualquier servicio prestado.
- Entiendo que la ley de Washington exige que las vacunas del estudiante estén completas o en estado condicional antes de comenzar la escuela.** Doy permiso para que la escuela agregue información sobre las vacunas al Sistema de Información de Vacunas con el fin de mantener el registro escolar de mi hijo.

Firma del padre, la madre o el tutor legal: _____ Fecha: _____

Teléfono/celular del padre, la madre o el tutor legal _____ Teléfono del lugar de trabajo _____

Contacto en caso de emergencia/parentesco _____ Teléfono _____

Nombre del proveedor de atención médica _____ Teléfono _____

For Office Use only: Complete Immunization Records (para uso de la oficina)

Complete IIS # _____ IIS Copy Provided _____ Medically verifiable records provided _____ COE _____

or Conditional status _____ Parent signed acknowledgment _____

or Out of compliance _____