

Historial de Salud del Estudiante—Información Confidencial

Distrito Escolar de Auburn No. 408 • Auburn, Washington

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Grado _____
 Sexo _____ Escuela _____ Fecha _____

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

¿El estudiante está tomando algún medicamento en casa? Sí No _____
 ¿Tomará algún medicamento 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 su escuela.

¿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 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.

Otras preocupaciones de salud o necesidades especiales: _____

¿Existe una condición que impactaría su participación en Educación Física (PE)? _____

Nombre del Médico _____ Número de Teléfono _____

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

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

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 proporcionale 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 _____ Fecha _____

Contacto de emergencia si el padre no está disponible	Número de teléfono de emergencia:	Segundo contacto de emergencia y su número de teléfono:	Teléfono de la guardería:
---	-----------------------------------	---	---------------------------

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

Asma

Si usted ha marcado que su hijo/a tiene asma, por favor llene esta parte:

1. ¿Cuánto tiempo ha tenido asma su hijo/a? _____ Años _____ Meses
2. ¿Cuántos días estima usted que su hijo/a faltó a la escuela el año pasado debido al asma? _____
3. ¿Cuántas 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 en letra de imprenta

Fecha

Anafilaxia – Alergia Grave

Si su hijo tiene una alergia grave, por favor conteste las siguientes preguntas:

1. ¿Cuáles son las alergias? _____
2. ¿Cuáles son los síntomas de su estudiante? _____
3. ¿Tiene su hijo una receta médica para 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 que amenazan la vida potenciales 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