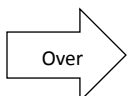


Información de Salud del Estudiante

Para ser llenado por el padre/tutor cada año escolar

PARTE I				
Nombre del Estudiante:	Apellido	Nombre	Segundo Nombre	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Grado	Maestro			Fecha de Nacimiento / /
Médico del Estudiante o de Proveedores Médicos			Número de Teléfono	
PARTE II – COMPLETE TODAS LAS CASILLAS QUE LE CORRESPONDAN A SU HIJO				
ALERGIAS (Plan de acción para la alergia puede ser necesario)				
Su hijo ha sido diagnosticado con una reacción anafiláctica a alimento(s) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Se le ha RECETADO a su hijo un EPI-PEN <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Nombre y Teléfono del Doctor _____ Lista de alimentos _____ Reacciones <input type="checkbox"/> Pulmones – respiración sibilante, tos <input type="checkbox"/> Boca – inflamación de la lengua o labios <input type="checkbox"/> Piel – urticaria, erupción, inflamación local <input type="checkbox"/> Corazón– palidez, desmayo, pulso débil, se marea <input type="checkbox"/> Estomago – vómitos, diarrea, cólicos				
Su hijo ha sido diagnosticado con una reacción anafiláctica a artículos no alimentarios <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Se le ha RECETADO a su hijo un EPI-PEN <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Nombre y Teléfono del Doctor _____ Lista de artículos _____ Reacciones <input type="checkbox"/> Pulmones – respiración sibilante, tos <input type="checkbox"/> Boca – inflamación de la lengua o labios <input type="checkbox"/> Piel – urticaria, erupción, inflamación local <input type="checkbox"/> Corazón– palidez, desmayo, pulso débil, se marea <input type="checkbox"/> Estomago – vómitos, diarrea, cólicos				
Su hijo ha sido diagnosticado con una reacción anafiláctica a las abejas / insecto(s) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Reacciones <input type="checkbox"/> Pulmones – respiración sibilante, tos <input type="checkbox"/> Boca – inflamación de la lengua o labios <input type="checkbox"/> Piel – urticaria, erupción, inflamación local <input type="checkbox"/> Corazón– palidez, desmayo, pulso débil, se marea <input type="checkbox"/> Estomago – vómitos, diarrea, cólicos				
Alergia a Medicamentos Lista de medicamento(s) _____ Reacciones <input type="checkbox"/> Pulmones – respiración sibilante, tos <input type="checkbox"/> Boca – inflamación de la lengua o labios <input type="checkbox"/> Piel – urticaria, erupción, inflamación local <input type="checkbox"/> Corazón– palidez, desmayo, pulso débil, se marea <input type="checkbox"/> Estomago – vómitos, diarrea, cólicos				
ASMA (Plan de Acción para asma puede ser necesario)				
¿Está su hijo actualmente bajo cuidado médico para el asma? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Nombre/Teléfono del médico _____ Tratamientos Prescritos Actualmente <input type="checkbox"/> Inhalador <input type="checkbox"/> Nebulizador <input type="checkbox"/> Medidor del flujo máximo <input type="checkbox"/> pompa <input type="checkbox"/> antihistamínicos orales Causas <input type="checkbox"/> Ejercicios <input type="checkbox"/> El medio ambiente <input type="checkbox"/> Otro _____ Fecha de la última hospitalización relacionada con el asma _____				
DIABETES <input type="checkbox"/> TIPO I <input type="checkbox"/> TIPO II (Plan de Acción para diabéticos puede ser necesario)				
¿Está su hijo actualmente bajo el cuidado médico por la diabetes? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Nombre/teléfono de doctor _____ Tratamientos prescritos actualmente <input type="checkbox"/> Insulina <input type="checkbox"/> Jeringa <input type="checkbox"/> Plumas <input type="checkbox"/> Pompa <input type="checkbox"/> Glucagón <input type="checkbox"/> Análisis de sangre <input type="checkbox"/> Lista de Medicamentos Orales _____				
TRASTORNO CONVULSIVO (Plan de Acción para convulsiones puede ser necesario)				
¿Está su hijo actualmente bajo cuidado médico por las convulsiones? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Nombre/Teléfono del doctor _____ Tipo de convulsión <input type="checkbox"/> Ausente (ido, no responde) <input type="checkbox"/> Parcial complejo <input type="checkbox"/> Generalizadas tónico-clónicas (gran mal, convulsivos) Otro (explique) _____ Fecha de la última convulsión _____ Duración de la convulsión _____ Medicamento(s) Lista _____ Lo necesita durante la escuela <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____ Lo necesita durante la escuela <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				



OTHER CONDITIONS

¿Está su hijo actualmente bajo cuidado médico? Si No

Nombre/ Teléfono del Médico _____

Cáncer Corazón (circulatorio) Plumonones Sangre Renal (Urinario) Discapacidad física Parálisis Cerebral ADD/ADHD Desmayos Dolores de Cabeza

Explique (Sea específico) _____

¿Necesita medicamentos en la escuela? Si No Explique/Lista _____

Procedimientos especiales (catéter, monitor cardiaco, etc.) _____

CONDICIONES DE LA VISTA

¿Está su hijo actualmente bajo cuidado médico por su condición de la vista? Si No

lentes de contactos Gafas Otro (explique) _____

CONDICIONES DE AUDICIÓN

¿Está su hijo actualmente bajo cuidado médico por su condición de la audición? Si No

Prótesis auditivas Implantes cocleares Otro (explique) _____

INFORMACION ADICIONAL

Por favor escriba cualquier información adicional que considere que pueda ser de ayuda, durante la jornada de escuela de su hijo. _____

PARTE III**INFORMACIÓN DE ASEGURANSA**

¿Está su hijo cubierto por un seguro de salud? Si No

¿Le gustaría que le enviemos a casa información sobre un Plan de Seguro de Salud del Estado? Si No

PARTE IV – POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE, COMPLETE, Y FIRME**INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE EMERGENCIA**

En caso de una emergencia, y que no pueda ser localizado inmediatamente, autorizo a los funcionarios de las Escuelas Públicas del Condado de Greene contactar cualquier persona nombrada previamente por mí. Es **MI** responsabilidad asegurarme de que la escuela tenga toda la información de “contacto en caso de emergencia” necesaria.

DOY **NO DOY** a los funcionarios de las Escuelas Públicas del Condado de Greene permiso para discutir condiciones, tratamientos, preocupaciones, etc. con el médico indicado y el Departamento de Salud, según sea necesario para la salud de mi hijo.

En caso de que no puedan ser contactados los médicos, padres / tutores u otras personas nombradas por mí, los oficiales de la escuela quedan autorizados para tomar las medidas que considere necesarias, a su prudencia, para velar por la salud de mi hijo. Yo no haré responsable al distrito escolar financieramente por la atención de emergencia y / o transporte para mi hijo.

DOY **NO DOY** a la enfermera de la escuela permiso para compartir esta información de salud con los maestros de mi hijo, conductores de autobuses y otro personal escolar apropiado que pueda ser responsable del cuidado de mi hijo durante el día escolar.

Firma del Padres o/Tutor

Fecha

POR FAVOR DE ENVIAR EL FORMULARIO COMPLETO A LA ESCUELA MAÑANA

EL PADRE / TUTOR ES RESPONSABLE DE PROVEER A LA ESCUELA CON CUALQUIER MEDICACIÓN, ALIMENTOS ESPECIALES O EQUIPO QUE EL ESTUDIANTE REQUIERA DURANTE LA JORNADA ESCOLAR. COMUNÍQUESE CON LA ENFERMERA DE LA ESCUELA PARA OBTENER LOS FORMULARIOS DE AUTORIZACIÓN PARA MEDICAMENTOS Y OTRAS FORMAS DE PROCEDIMIENTO INDICADAS, O TAMBIEN OBTÉNGALAS A TRAVÉS DE NUESTRA WEB.