

La información en esta forma sera llenada (actualizada) cada año escolar.

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nac: _____ Sexo: M F
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre (Circule Uno)

Escuela: _____ Grado: _____ Año: _____

CONDICIONES QUE PONGAN EN RIESGO LA VIDA

ALERTA A LOS PADRES /TUTORES/CUIDADORES:

- Si su/el niño(a) tiene una condición medica seria, es vital que hable de esto con la Enfermera de la Escuela inmediatamente.
- La escuela debe de saber las condiciones QUE PONGAN EN RIESGO LA VIDA (por ejemplo alergia severa, con anafilaxia, diabetes, asma) antes de comenzar la escuela.

Asma Si No

Si la respuesta es si, usa el niño(a) un inhalador rutinariamente para aliviar los síntomas del asma? Si No

Alergia - Severa, con prescripcion de Epi Pen (por ejemplo: comida, picaduras de insectos)

¿Para qué alergia se usa el Epi Pen? _____

Diabetes

Fecha del diagnostico: _____ Dependiente de Insulina: Si No

Desorden de Convulsión

Ordenes del medicamento para emergencia en caso de convulsión durante el día escolar: Si No

Alergia, SIN riesgos de vida (Sin prescripción de Epi Pen)

Alérgeno(s): _____ Reacción(es): _____

Alérgeno(s): _____ Reacción(es): _____

Problemas de Audición Dispositivo de Asistencia: Si No

Problemas de Visión Lentes Lentes de Contacto

Por favor contacte a la Enfermera de la Escuela si su hijo(a) require medicamento para ser administrado en la escuela o si hay cualquier preocupación/problemas de salud.

Mi/el niño(a) require medicamento para ser administrado en la escuela

Mi/el niño(a) no tiene problemas de salud en este momento

Otras condiciones médicas/medicamentos en casa: _____

El estudiante mencionado anteriormente tiene seguro médico Si No

En caso afirmativo, nombre de la Compañía de Seguros: _____

Consentimiento de la Información de la Historia de Salud

La divulgación de la información de la historia de salud del estudiante dentro de la escuela esta limitada a la información necesaria para atender la salud del estudiante o interés educativo. Su firma otorga permiso a la enfermera para informar al personal de la escuela de las precauciones y procedimientos para proteger a su hijo(a) en el salon de clases y fomentar el éxito académico. Su firma es un consentimiento para compartir esta información de historia de salud con el personal de la escuela en base a la necesidad de saber los planes de emergencia y el éxito académico, determinados por la enfermera y el director(a).

Firma del Padre/Madre/Tutor(a)/Cuidador(a)/Estudiante: _____ Fecha: _____

