

# Información de salud

 Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo  F  M Grado: \_\_\_\_\_

Proveedor de atención médica \_\_\_\_\_ Dentista \_\_\_\_\_

Último examen médico (fecha) \_\_\_\_\_ Por Dr. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Último examen dental (fecha) \_\_\_\_\_ Por Dr. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

 Tipo de seguro médico (marque uno)  Privado  Cupones médicos  Del Ejército  Ninguno  Otro: \_\_\_\_\_

❖ **Alerta para los padres de familia/tutores: si su hijo(a) tiene una condición médica grave, es vital que usted comente esto con su para-profesional de la salud/LPN, enfermera registrada de la escuela y maestro(s) inmediatamente. La ley del estado de WA requiere que si su hijo(a) tiene una condición médica que puede ser potencialmente mortal (por ejemplo, asma, diabetes, alergia grave con anafilaxia), los medicamentos, suministros, plan de cuidados y órdenes médicas necesarias deben estar en el lugar antes de comenzar la escuela. Esta información, teniendo en mente la confidencialidad, se compartirá con el personal del distrito, según sea necesario.**

*Recuerde actualizar a la escuela con respecto a cualquier cambio en la condición de salud de su hijo(a).*

**A. Historial médico del estudiante**(marque cualquiera que su proveedor de atención médica haya diagnosticado)

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asma   | <input type="checkbox"/> Condición renal/urinaria/intestinal  | <input type="checkbox"/> Problemas menstruales  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2 | <input type="checkbox"/> Condición ortopédica _____           | <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol/drogas  |
| <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo <input type="checkbox"/> VNS                        | <input type="checkbox"/> Migrañas                             | <input type="checkbox"/> Anorexia/Bulimia   |
| <input type="checkbox"/> Condición del corazón  | <input type="checkbox"/> Eccema                               | <input type="checkbox"/> Odontológica <input type="checkbox"/> Problema del habla       |
| <input type="checkbox"/> Trasplante   | <input type="checkbox"/> Problema de la vista                 | <input type="checkbox"/> ADD <input type="checkbox"/> TDAH <input type="checkbox"/> ASD |
| <input type="checkbox"/> Cáncer   | <input type="checkbox"/> Problemas de audición                | <input type="checkbox"/> Salud mental _____   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad autoinmune  | <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes de oído/tubos | <input type="checkbox"/> Discapacidad física <input type="checkbox"/> CP                |

Si marcó cualquiera de las anteriores, o su hijo(a) tiene una condición médica que no se detalló, explique y proporcione fechas:

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**B. Alergia:**  Nuez  Alimentos  Avispas  Insectos  Animales  Polen  Medicamentos  Otro: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez necesitó buscar atención médica para esta alergia?  Sí  No

¿Alguna vez a su hijo(a) le han practicado pruebas de alergias?  Sí  No La reacción alérgica es  Leve

Moderada  Grave

¿Se le recetó/receta **actualmente Epipen**?  Sí  No

Identifique el artículo y explique: \_\_\_\_\_

**C. Medicamentos:** (Incluya los medicamentos recetados, de venta libre y a base de hierbas).

Nombre del medicamento	¿Qué condición trata?	Se toma en casa	Se toma en la escuela
_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**Antes de que un medicamento de cualquier tipo (de venta libre y recetado) pueda ser administrado en la escuela, las órdenes de medicamento para la escuela deben ser completadas por el padre de familia/tutor y el proveedor de atención médica. Todo medicamento debe estar en el recipiente original etiquetado por la farmacia. El medicamento ordenado debe ser el mismo indicado en la etiqueta de la farmacia.**

**D. Anote cualquier hospitalización o enfermedad/lesión prolongada y proporcione fechas:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**E. Actividad física recomendada:**  Actividad completa  Actividad modificada/restringida

Si hay modificaciones/restricciones, explique: \_\_\_\_\_

**F. Marque todas las opciones que correspondan:**  Anteojos  Lentes de contacto  Prótesis auditiva

¿Su hijo(a) tiene un problema de salud que requiere equipo médico en la escuela (por ejemplo: monitor de glucosa, sonda para alimentación, oxígeno, bomba, silla de ruedas y/o andadera)?  Sí  No Especifique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**G. ¿Hay alguna otra agencia social o de salud que pudiera tener información adicional acerca de su hijo(a)?**

\_\_\_\_\_

Fecha

Firma del padre de familia /tutor

Teléfono

**Complete el reverso de este formulario.**

## Información sobre la condición que pone en riesgo la vida

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

Firma del padre de familia/tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**¿TIENE SU HIJO(A) ALGUNA CONDICIÓN QUE PUDIERA SER UNA AMENAZA PARA SU VIDA?**  SÍ  NO

 La condición médica que pone la vida de su hijo en peligro es  Asma  Alergia  Convulsiones  Otro: \_\_\_\_\_

Edad en el momento del diagnóstico \_\_\_\_\_. El especialista de atención médica que controla la condición es \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

 Usted llevó a su hijo(a) a (marque una opción):  ¿Consultorio del proveedor?  ¿Sala de emergencias?  ¿Hospital durante la noche?

 ¿Podrá su hijo(a) informar al personal escolar si se le presenta un problema?  Sí  No

Adaptaciones que su hijo(a) necesitará en la escuela: \_\_\_\_\_

Sugerencias para manejar la condición de su hijo(a):

Cuando esto sucede...

Haga esto...

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Asma

Cosas que pueden desencadenar un episodio de asma (marque todas las opciones que correspondan):

- Ejercicio  Infecciones respiratorias  Olores fuertes o gases  Emociones/fatiga  Polen/moho  
 Clima/cambio de temperatura  Animales  Otro: \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue la última vez que su hijo(a) uso su inhalador o nebulizador? \_\_\_\_\_

 ¿Ha necesitado su hijo(a) esteroides orales para el tratamiento del asma en los últimos dos años?  Sí  No

 ¿Ha necesitado su hijo atención médica de emergencia por síntomas de asma en el último año?  Sí  No Hospitalizado  Sí  No

 Yo calificaría la condición asmática de mi hijo(a) en una escala del 1 al 10 como – *encierra en un círculo*–

(no grave)    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    (grave)

### Alergia a alimentos e insectos

Alimentos/insecto que causa la reacción alérgica: \_\_\_\_\_

La reacción alérgica más reciente fue el (fecha aproximada): \_\_\_\_\_

Describa la reacción alérgica cuando ocurrió por primera vez/usted se enteró, los síntomas que observó: \_\_\_\_\_

Marque todas las opciones que correspondan:

- Urticaria  Náuseas, calambres en el estómago, vómitos o diarrea  Comezón e inflamación de los labios, lengua o boca  
 Dificultad para respirar, ronquera  Síntomas que requirieron el uso de **Epipen**  
 Requirió atención médica de emergencia por una reacción alérgica durante el último año  La alergia ha necesitado atención médica de emergencia  
 Otro: \_\_\_\_\_

### Convulsiones

Tipo usual de convulsiones: \_\_\_\_\_ ¿Cuál es la fecha de la última convulsión? \_\_\_\_\_

Número de veces que ocurren las convulsiones al día \_\_\_\_\_ en un mes \_\_\_\_\_

Marque todas las opciones que correspondan:

- Estimulador del nervio vago  Ausencia (mirada fija)  Las convulsiones duran más de 5 minutos  
 La convulsión ocurrió con fiebre cuando era un bebé o niño pequeño  Grupos de convulsiones una tras otra  
 La respiración se interrumpe o detiene gravemente (ha necesitado RCP) convulsiones el año pasado  Requirió atención médica de emergencia por