

FORMULARIO DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DEL ESTUDIANTE

Escuelas Públicas de la Ciudad de Alexandria PÁGINA 1 DE 2



Apellido del estudiante: _____ Primer Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____ Año Escolar: _____

AFECCIONES DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Marque todos los casilleros que correspondan al estudiante.

ALERGIAS Sí No

Tipo de alergia:

- Alimentos Indique los alimentos: _____
- Medicamentos Indique los medicamentos: _____
- Picaduras de abejas o insectos
- Otro: _____

Fecha de la última reacción grave: _____

Fecha de la última visita al hospital o a la sala de emergencia por alergias: _____

Medicamentos y tratamientos actualmente recetados para alergias:

- Antihistamina oral (Benadryl, etc.)
- Epinefrina Tiene Epi-Pen
- Otro: _____

RESTRICCIONES DE ALIMENTOS Sí No

- Debido a malestar gastrointestinal (digestivo) Indique los alimentos: _____
- Por preferencias religiosas o de otra índole Indique los alimentos: _____

ASMA Sí No

Medicamentos y tratamientos actualmente recetados para el asma:

- Medicamento de control diario (prevención)
- Medicamento según necesidad (rescate)

Fecha de la última visita al hospital o a la sala de emergencia debido al asma: _____

DIABETES Sí No

Fecha de la última visita al hospital o a la sala de emergencia debido a la diabetes: _____

¿Requiere la diabetes del estudiante que se administren medicamentos y/o análisis de sangre EN LA ESCUELA?

- No
- Sí Indique los medicamentos: _____

TRASTORNO POR CONVULSIONES Sí No

¿Requiere el trastorno por convulsiones del estudiante que se administren medicamentos EN LA ESCUELA?

- No
- Sí Indique los medicamentos: _____

Fecha de la última convulsión: _____

Fecha de la última visita al hospital o a la sala de emergencia debido a la convulsión: _____

OTRAS AFECCIONES DE SALUD Sí No

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad | <input type="checkbox"/> Cardiopatía congénita | <input type="checkbox"/> Apnea obstructiva del sueño | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Trastornos nutricionales | <input type="checkbox"/> Infección crónica (Hepatitis C, VIH) |
| <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes | <input type="checkbox"/> Discapacidad física | <input type="checkbox"/> Trastornos congénitos/cromosómicos |
| <input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo | <input type="checkbox"/> Fibrosis quística | <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Depresión |

Otras afecciones de la salud física o mental: _____

¿Requiere la afección del estudiante que SE UTILICE lo siguiente EN LA ESCUELA?

Medicamentos: No Sí Indique los medicamentos: _____

Procedimientos especiales: No Sí Indique los procedimientos: _____

Equipo especial: No Sí Indique el equipo: _____

AFECCIONES DE LA VISTA Sí No

- Anteojos
- Lentes de contacto
- Irreversibles
- Otro: _____

AFECCIONES AUDITIVAS Sí No

- Audífonos
- Irreversibles
- Otro: _____

COBERTURA DE SALUD Y ATENCIÓN MÉDICA DEL ESTUDIANTE

¿Tiene el estudiante seguro de salud? No Sí Nombre de la compañía del seguro de salud: _____

Nombre del médico de atención primaria del estudiante: _____ Teléfono: _____

¿Tiene el estudiante seguro dental? No Sí Nombre de la compañía del seguro dental: _____

Nombre del odontólogo del estudiante: _____ Teléfono: _____

AUTORIZACIÓN DEL PADRE/TUTOR

Ante una emergencia, el personal de la escuela llamará al 911. Se realizarán todos los intentos para comunicarnos con un padre, tutor legal o contacto de emergencia. Los alumnos serán transportados a la sala de emergencias más cercana, a menos que el padre esté en las instalaciones escolares para asumir la responsabilidad del niño.

El padre o tutor legal es responsable de proveer a la escuela cualquier medicamento, alimento especial, suministros o equipo que el alumno requiera durante el día lectivo. Verifique con el enfermero o la secretaria de admisiones de la escuela para obtener los formularios de procedimientos y medicamentos correctos. Si se indica un plan de atención médica individual en la escuela, el padre/tutor es responsable de brindarle al enfermero de la escuela la información médica necesaria, los formularios de autorización correspondientes y el consentimiento escrito para intercambiar información con el médico del niño.

Yo, _____ (sí ___) (no ___) autorizo al proveedor de atención médica de mi hijo y al proveedor de atención médica designado en la escuela para que analicen asuntos relacionados con la salud de mi hijo y/o intercambien información verídica en este formulario. Esta autorización estará vigente hasta o a menos que usted la retire. Usted puede retirar su autorización en cualquier momento si se comunica con la escuela de su hijo. Cuando se publica información del registro de su hijo, la documentación de la publicación se conserva en el registro de salud y escolar de su hijo.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____