

**INFORMACION DE SALUD**

Nurse Review Date/Initial: \_\_\_\_\_\_

La información en este formulario debe ser llenada (actualizada) cada año escolar.

Por favor complete y regrese a la enfermera de la escuela lo más pronto posible.

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo: □ Masculino □ Femenino

Escuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ **Mi hijo NO TIENE problemas de salud/condiciones. (Vaya a la parte “D” si lo ha marcado)**

♦**Lista de medicamentos:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**A. PROBLEMAS DE SALUD ESPECIALES SPECIAL HEALTH CONCERNS CONCERNSCONSIDERATIONS**

**\***

 □ **Diabetes**—Fecha del diagnóstico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Mi hijo tiene**: □ bomba de insulina □ pluma de insulina □ inyección de insulina

 □ **Trastorno convulsivo:** Mi hijo necesita medicamentos de emergencia para **Convulsiones.**

 □ **Plan de cuidado de salud especial-** Mi hijo tiene necesidad de cuidado de salud especial tal como— silla de rueda, sonda de alimentación, tubo respiratorio, catéter, tubos intravenosos u otros. Por favor describa la condición de su hijo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**\***

♦ **Lista de medicamentos:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**B. CONDICIONES DE VIDA O MUERTE**

**\***

 **ASMA** □ **\*Severa (Si marca esta caja, por favor conteste las siguientes preguntas):**

 **□ Si □ No** ¿Su hijo necesita usar un inhalador de rescate rutinariamente para síntomas de asma?

 **□ Si □ No** ¿Su hijo ha estado hospitalizado por asma durante el último año?

 **□ Si □ No** ¿Su hijo ha usado esteroides (Prednisona) por asma durante el último año?

 **Si “Sí” a lo anterior por favor liste que lo provoca:** □ Comida □ Animales □ Polen □ Polvo □ Ejercicio □ Otro \_\_\_\_\_\_\_\_­­­­

 **Si “No” a lo anterior o si** su hijo tiene asma leve o moderada, vea el cuadro siguiente “Historial clínico”—No amenazante de la vida

 **ALERGIA/ANAFILAXIA** □**\*Severa (el niño tiene una receta para Epinefrina— ejemplo: Epipen, AUVI-Q)**

 (***si*** *su hijo tiene asma leve o moderada, vea el cuadro a continuación* ***“Historial clínico”—No amenazante de la vida)***

 **Por favor liste los Alérgenos (por ejemplo: pescado, nueces) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Reacción a la exposición:** □ Dificultad al respirar □ Sarpullido □ Inflamación de labios, lengua o boca □ Comezón □ Otro\_\_\_\_

□ insulin pen □ injected insulin

□ **Seizure Disorder:** My child needs emergency medication for **Seizures.** Name of medication: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ **Special Health Care Planning-** My child has special health care needs such as—wheelchair, tube feedings, breathing tube,

 catheter, intravenous tubes or other. Please describe your child’s condition: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

□ **My child has NONE of the health concerns/conditions listed above.**

**\***

♦ **Lista de medicamentos:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C. CONDICIONES DE SALUD-NO AMENAZANTE DE LA VIDA**

**Marque cualquiera de las siguientes condiciones que su hijo ha tenido o puede tener:**

□ insulin pen □ injected insulin

□ **Seizure Disorder:** My child needs emergency medication for **Seizures.** Name of medication: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ **Special Health Care Planning-** My child has special health care needs such as—wheelchair, tube feedings, breathing tube,

 catheter, intravenous tubes or other. Please describe your child’s condition: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

□ **My child has NONE of the health concerns/conditions listed above.**

□ **Asma (**Leve / Moderada / Asma por ejercicio – circule uno)

□ **Alergias (**Leve / Moderada – circule uno) Alérgenos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ insulin pen □ injected insulin

□ **Seizure Disorder:** My child needs emergency medication for **Seizures.** Name of medication: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ **Special Health Care Planning-** My child has special health care needs such as—wheelchair, tube feedings, breathing tube,

 catheter, intravenous tubes or other. Please describe your child’s condition: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

□ **My child has NONE of the health concerns/conditions listed above.**

□ ADD/THDA □ Dental □ Lesión grave

□ Trastorno sanguíneo □ Depresión/Ansiedad □ Cáncer □ Intestino/vejiga □ Comportamiento Socio/Emocional

□ Preocupaciones corazón/Cardíaco □ Preocupaciones ortopédica/hueso

□ insulin pen □ injected insulin

□ **Seizure Disorder:** My child needs emergency medication for **Seizures.** Name of medication: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ **Special Health Care Planning-** My child has special health care needs such as—wheelchair, tube feedings, breathing tube,

 catheter, intravenous tubes or other. Please describe your child’s condition: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

□ **My child has NONE of the health concerns/conditions listed above.**

□ **Preocupación auditiva:** Audífonos: **No / Si**: \_\_I

 \_\_D

□ **Preocupación de la visión:** Lentes\_\_ Contactos\_\_

□ Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

♦ **Los estudiantes que requieren medicamentos durante el día escolar (recetas, medicamentos sin receta médica o hierbas) DEBEN** *tener el formulario de Autorización médica* (MAF) *de su proveedor* de *salud* ***con*** *firma del padre.*

□ insulin pen □ injected insulin

□ **Seizure Disorder:** My child needs emergency medication for **Seizures.** Name of medication: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ **Special Health Care Planning-** My child has special health care needs such as—wheelchair, tube feedings, breathing tube,

 catheter, intravenous tubes or other. Please describe your child’s condition: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

□ **My child has NONE of the health concerns/conditions listed above.**

**D. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL HISTORIAL DE SALUD**

Esta información sobre la salud del estudiante con la escuela, se limita a la información necesaria para las necesidades de salud o educativos del estudiante. Su firma le otorga permiso a la enfermera de la escuela para compartir esta información con el personal de la escuela según las necesidades de conocer las precauciones, los procedimientos y los planes de emergencia para proteger a su hijo en la escuela. Además, usted está de acuerdo de notificar a la escuela sobre cualquier **cambio importante** en la condición física de su estudiante.

Nombre del padre/tutor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de teléfono alternativo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Spanish- 3/19