



FORMA DE REGISTRO DE SALUD

Nombre del Estudiante _____ Grado _____ Fecha Nacimiento _____

Nombre y dirección del Padre/Tutor _____

Calle _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Teléfono de Casa _____ teléfono trabajo Padre/Tutor _____

Teléfono del trabajo del Padre/Tutor _____ Celular del Padre/Tutor _____

Celular del Padre/Tutor _____ Numero Alterno/ Pager _____

Teléfono de contacto de Emergencia _____ Relación con el estudiante _____

Nombre contacto de emergencia _____

Ultima escuela que asistió(nombre de la escuela) _____

Nombre y teléfono del doctor o clínica _____ Ultima vez que lo visitó _____

HISTORIA DE SALUD

El estudiante...	NO	SI	El estudiante...	NO	SI
...tiene problema de visión?			... tiene problemas al ir al baño?		
...usa lentes?			... tiene problemas de la vejiga urinaria?		
...usa lentes de contacto?			... tiene un problema dental ?		
...tiene problemas del oído?			... tiene depresión o ansiedad?		
...tiene anemia?			... tiene diabetes? * ver reverso		
... tiene alergias?			... tiene preocupaciones emocionales?		
... tiene una alergia anafiláctica ? ** ver reverso			... tiene ataques epilépticos?		
... tiene asma?			... tiene un problema del corazón?		
... tiene ADD/ADHD?			Ha el estudiante alguna vez tenido una lesión seria?		
			Hay cualquier otra preocupación?		

Si la respuesta a cualquiera de lo anterior fue S, ha el estudiante alguna vez visitado la sala de emergencia u hospital por tal motivo? Por favor explique: _____

El estudiante toma medicamento? _____ En caso afirmativo, por favor explique _____

El estudiante necesitara tomar medicamento en la escuela? _____ Los estudiantes que requieren medicamentos (con prescripción o sin ella) en la escuela **DEBEN** tener una orden del medico por escrito y consentimiento por escrito de los padres. Por favor llame a la secretaria de la escuela o visite www.seattleschools.org (escoga Services & Depts, luego School Nurses, luego Forms & Applications) para obtener formas de consentimiento.

Por favor llene el otro lado . . .

SPANISH

* DIABETES

Si su estudiante tiene diabetes, el o ella puede ser afectado por una nueva ley estatal que requiere que planes de cuidado individuales sean implementados para todos los estudiantes con diabetes. Si su estudiante esta diabético por favor llame a la enfermera de la escuela para ayudarle a escribir el plan de su estudiante.

** ANAPHYLAXIS

Si su estudiante tiene una alergia anafiláctica, por favor conteste las siguientes preguntas:

1. A que es alérgico(a) su estudiante _____
2. Cuales son los síntomas de su estudiante _____
3. Cuando tuvo su estudiante su ultima reacción _____
4. Le ha sido recetado a su estudiante epinephrine o Epi-pen? _____
En caso afirmativo, por favor llame a la enfermera escolar al _____

El Distrito ha implementado una estrategia de administración de anafilaxis. Usted debería llamar a la enfermera de la escuela para ayudarle a escribir su plan de cuidado individual de su estudiante. Si a su estudiante le ha sido recetado epinephrine (Epi-pen), bajo una nueva ley estatal una orden del tratamiento debe ser guardada en la escuela antes de que a su estudiante le sea permitido asistir a la escuela.

CONDICIONES QUE PONEN EN PELIGRO LA VIDA

La ley estatal requiere que los estudiantes quienes tienen una condición que pone en peligro su vida DEBEN tener, ambos, medicamentos y autorización en la escuela antes de que les sea permitido asistir a la escuela. Los tipos de medicamentos que pueden ser requeridos bajo esta ley incluyen, pero no están limitados a, inhaladores de dosis medida, Epi-pens, y medicamentos para ataques incontrolables. Si esta nueva ley puede aplicar para su estudiante, por favor llame a la enfermera de la escuela para crear un plan de cuidado de salud individual.

Para la seguridad de su estudiante, la enfermera escolar puede necesitar compartir la información acerca de la condición de salud de su estudiante con maestros y el personal para asegurar un cuidado apropiado de su estudiante. Si tiene preguntas sobre estas medidas, por favor llame a la enfermera de la escuela.

Nombre (impreso)

Firma

Relación con el estudiante

Fecha de hoy