



SEATTLE
PUBLIC
SCHOOLS

NO ESCRIBIR EN EL ESPACIO A CONTINUACION - PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA DE INSCRIPCION

ID# DEL ESTUDIANTE _____ AÑO ESCOLAR/ESCUELA# _____

Spanish

INFORMACION MÉDICA DEL ESTUDIANTE

La información de este formulario es para ser llenado (actualizado) para cada nuevo año escolar. Favor de completar ambos lados de este formulario y devolverlo a la enfermera de su escuela tan pronto como sea posible.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Genero: M / F
Apellido Nombre Inicial del segundo Nombre (circule)

Escuela: _____ Grado: _____ Fecha: _____

PLAN ESPECIAL DE CUIDADO MÉDICO

En caso de que uno de los siguientes sean marcados por EL PLAN ESPECIAL DE CUIDADO MEDICO, enviar el formulario a Health Services (MS 31-650 o comunicarse al 206-252-0750)

Diabetes - Fecha del diagnóstico: _____ Mi estudiante tiene: bomba de insulina pluma de insulina inyección de insulina

Trastornos convulsivos - Mi estudiante requiere medicamento de emergencia para convulsiones. Nombre del medicamento: _____

Plan especial de cuidado médico - Mi hijo requiere de cuidado médico especial tales como - silla de ruedas, alimentación por sonda, tubo endotraqueal, catéter, sonda intravenoso u otro. Por favor describa la condición(s) de su hijo: _____

CONDICIONES POTENCIALMENTE MORTALES

En caso de marcar alguno que PONGA EN RIESGO LA VIDA, enviar este formulario a la escuela de su hijo

Asma *Grave - (SI se marca esta casilla, favor de contestar las siguientes preguntas):

Si No ¿Usa su hijo un inhalador de rescate de forma rutinaria para los síntomas del asma?

Si No ¿Fue hospitalizado su hijo por asma el año pasado?

Si No ¿Ha usado su hijo esteroides (prednisona) debido a los síntomas del asma durante el año pasado?

(Si el asma es leve o moderada, véase la casilla a continuación 'Historial Médico' - Que no ponen en riesgo la vida'

Alergia/Anafilaxis - *Severa, con Epi Pen/ Auvi-Q con prescripción (por ejemplo: alimentos, picaduras de insectos)

Alergeno(s): _____

Otros: _____

Mi hijo no tiene NINGUN problema /condición de salud que se menciona anteriormente.

ATENCION A LOS PADRES/TUTORES: La escuela debe tener conocimiento sobre las condiciones **POTENCIALMENTE MORTALES** (por ejemplo alergia severa con anafilaxia, diabetes, asma) **antes de que empiece la escuela**, ya que puede requerir de un Plan de Salud Individualizado (por RCW 28A.210.320). Póngase en contacto con la enfermera de la escuela o con el departamento de Servicios para Salud para iniciar el proceso para un plan de cuidado de salud estudiantil/o de medicamentos en la escuela.

CONDICIONES DE SALUD

Marque cualquiera de estas condiciones que su hijo tiene o haya tenido:

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Trastornos sanguíneo | <input type="checkbox"/> Depresión/Ansiedad | <input type="checkbox"/> Problemas cardiacos | <input type="checkbox"/> Lesiones graves |
| <input type="checkbox"/> Alergias ligeras o moderadas (circule uno) | <input type="checkbox"/> Intestino/Vejiga | <input type="checkbox"/> Dental | <input type="checkbox"/> Ortopédico/ósea | <input type="checkbox"/> Problemas visuales |
| <input type="checkbox"/> Asma ligera o moderada (circule uno) | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Auditivo | <input type="checkbox"/> Comportamiento Socio emocional | <input type="checkbox"/> Otro |

Si usted ha marcado cualquiera de las condiciones/ preocupaciones médicas anteriores favor de explicar: _____

¿Ha ido su estudiante alguna vez a emergencias u hospital por algún problema médico? SI / NO (circular) En caso afirmativo, fecha _____

Mi hijo no tienen NINGUNO de los problemas/condiciones de salud mencionadas arriba.

FAVOR DE VER AL REVERSO

FK 6/12/17

MEDICINAS

Mencione cualquier medicamento que tome el estudiante:

Medicamento que toma: _____ para _____ en casa en la escuela

Medicamento que toma: _____ para _____ en casa en la escuela

Medicamento que toma: _____ para _____ en casa en la escuela

Estudiantes que requieran medicamentos durante la escuela (homeopática, medicamentos sin receta, o recetas) DEBEN haber en el archivo una orden escrita y consentimiento por escrito del padres y del proveedor de cuidado médico. Póngase en contacto con la oficina de su escuela para los formularios de MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA e INTERCAMBIO MUTUO.

INTERCAMBIO DE INFORMACION DE ATENCION MÉDICA

Con el propósito de proporcionar un ambiente seguro y saludable para su hijo, puede darse el caso que la enfermera de la escuela comparta información sobre el estado de salud de su hijo con maestros y esencialmente con personal de la escuela. Si usted tiene preguntas, póngase en contacto con la enfermera de su escuela o con el departamento de servicios de salud/ Health Services.

INFORMACION DE CONTACTO

Sírvase proporcionar números de contacto correctos y actuales, actualice con la enfermera de la escuela si fuese necesario.

Nombre del proveedor de cuidado médico: _____ teléfono: _____

Nombre del dentista: _____ telefono: _____

	1. Padres/Tutores	2. Padres/Tutores
Nombres:		
Teléfono de casa:		
Celular:		
Teléfono del trabajo:		
Correo electrónico:		
Información Adicional:		

Nombre del estudiante

(Escriba)Su nombre

Relación con el estudiante

Firma

Fecha de hoy

Verificado por la enfermera Fecha/Inicial: _____