

Actualización Anual de la Información de Salud del Estudiante

Para asegurar la salud de su estudiante en la escuela, por favor seleccione **UNA** de las siguientes 2 opciones.

Opción 1 – Forma en línea	Opción 2 – Forma de Papel										
<p>Use la forma de verificación Estudiantil para proveer a la enfermera las actualizaciones de salud de su estudiante para el próximo año escolar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambios en el proveedor de salud del estudiante nombre y número telefónico • Cambios en las condiciones de amenaza de vida del estudiante <p>Para otros cambios tales como alergias, medicinas o tratamientos, comuníquese con la enfermera escolar directamente.</p> <p>Como completar esta forma en línea</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Entre en La Fuente y presione Forma de Verificación de Datos. <ul style="list-style-type: none"> • El sistema permite que solo se envíe un formulario de verificación de datos por estudiante. Si otro tutor legal ha comenzado a completar el formulario de verificación de datos, recibirá un error que indica que el formulario está asociado con otra cuenta. • Si tiene varios estudiantes en el distrito, completará un formulario de verificación de datos para cada estudiante. 2. Revise y actualice la información de salud de su estudiante. 3. Envíe la forma. <p>CONSEJO: Para obtener ayuda técnica al usar la forma, contacte sourcesupport@seattleschools.org.</p> <p>No tengo cuenta en La Fuente. ¿Qué hago para empezar? La Fuente proporciona acceso a la información del alumno. Para configurar una cuenta, use la dirección de correo electrónico que está actualmente registrada en la escuela de su hijo.</p> <p>Lea más sobre la Fuente, incluyendo cómo configurar su cuenta presionando en "Portales familiares para estudiantes" en la parte superior de la página de inicio en el sitio web del distrito: www.seattleschools.org.</p>	<p>Complete la siguiente información y devuelva este formulario a la escuela o enfermera en la escuela de su hijo.</p> <p>Le recomendamos completar y devolver este formulario lo antes posible para asegurarse de que la enfermera de la escuela tenga información de salud actualizada para su estudiante.</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">Apellido del Estudiante</td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">Nombre del Estudiante</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">2º Nombre del Estudiante</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Fecha de Nacimiento del Estudiante</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Nombre de la Escuela</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Grado del Estudiante</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Nombre del Proveedor de Salud</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Teléfono del Proveedor de Salud</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">Nueva o actualizada condición de salud de amenaza de vida</p> <p>Por favor sea breve incluya solo condiciones que son de amenaza de vida. La enfermera escolar le contactara para los detalles.</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div> <p style="text-align: center;">Para todos los demás cambios, como alergias, medicamentos o tratamientos, comuníquese directamente con la enfermera de la escuela.</p> <table border="0" style="width: 100%; margin-top: 20px;"> <tr> <td style="width: 80%; border-bottom: 1px solid black;">Nombre de la persona que llena la forma (imprímalo)</td> <td style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black;">Fecha</td> </tr> </table>	Apellido del Estudiante	Nombre del Estudiante	2º Nombre del Estudiante	Fecha de Nacimiento del Estudiante	Nombre de la Escuela	Grado del Estudiante	Nombre del Proveedor de Salud	Teléfono del Proveedor de Salud	Nombre de la persona que llena la forma (imprímalo)	Fecha
Apellido del Estudiante	Nombre del Estudiante										
2º Nombre del Estudiante	Fecha de Nacimiento del Estudiante										
Nombre de la Escuela	Grado del Estudiante										
Nombre del Proveedor de Salud	Teléfono del Proveedor de Salud										
Nombre de la persona que llena la forma (imprímalo)	Fecha										