



**INFORMACION DE SALUD
PARA LA ENFERMERA
2020-21**

Para asegurarnos que su escuela sea un lugar seguro y un lugar saludable para su hijo/a, este documento será visto por su enfermera, personal de la escuela quien ayuda a su hijo/a y personal de emergencia médica

Nombre: _____ Fecha de nacimiento : _____
Apellido Primer nombre Iniciales del segundo nombre (MI)

Escuela: _____ Grado en el año 2020-21: _____ Fecha: _____

CONDICIONES SERIAS DE SALUD -- Marque el cuadrado de abajo :

Si su hijo/a tiene una condición seria de salud, **Dígale a su enfermera inmediatamente**. La ley (RCW 28A.210.320) dice que los medicamentos, prescripción o recetas médicas y el plan de salud debe estar en la escuela antes del comienzo del año escolar.

- Mi hijo/a no tiene ninguna condición seria de salud que le afecte en la escuela.
- Mi hijo/a tiene las siguientes condiciones serias de salud. Marque en los cuadrados de abajo
- Alergias** (alergia que amenaza su vida: que requiere una prescripción de Epi o Auvi-Q? Sí / No?
 Alérgico/a a: _____ Fecha de la última reacción: _____
- Asma** – Su hijo/a requerirá un inhalador (como albuterol) en la escuela? Sí / no?
- Condiciones del corazón** y restricciones (si alguna): _____
- Diabetes** (Fecha del diagnóstico) _____
 Bomba de insulina Pluma de insulina Insulina por jeringa
- Trastorno convulsivo** Fecha del diagnóstico: _____ Fecha del último ataque : _____
 Clasificación/tipo _____ Medicina de rescate : _____ sí o no
- Otros**, incluyendo hospitalizaciones durante la noche en el último año: Por favor describa la condición _____

Otras condiciones de Salud --Marque el cuadrado adecuado:

- Mi hijo/a no tiene ninguna condición de salud que le afecte en la escuela.
- Historia de **concusión** diagnosticado/a por un especialista - Fecha de la concusión _____
- Preocupación de audición Su hijo usa ayuda auditiva
- Tiene su hijo/a un problema de audición conocido
- Problemas de visión Lentes Lentes de contacto
- Sensibilidad a alguna comida _____ Otras alergias – (Por ejemplo medicamentos, polen): _____
- Otro : _____

Medicinas: Prescripción(con receta), suplementos, medicamentos sin receta (pastillas, gotas para ojos, cremas, etc):

Tiene su hijo/a que tomar medicina en la escuela todos los días? Sí No:

Tiene su hijo/a que tomar medicina en la escuela algunas veces? Sí No

Si marco **Sí**, una orden médica debe estar en la escuela, por todos los medicamentos (por el protocolo de la escuela RCW 28A.210.206 4320).

Contactos: Por favor proporcionar contactos y números de teléfonos actuales

	Padre/apoderado/a	Madre/apoderado/a
Padres/apoderados		
Teléfono primario		
Correo electrónico		

Firma (padre/apoderado) _____ Fecha: _____