



DOCUMENTO ANUAL DE CUIDADO DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Este cuestionario está diseñado para ayudar al personal escolar a anticipar problemas de salud que puedan afectar la seguridad o aprendizaje de su hijo/a.

Nombre del Estudiante _____

Año Escolar _____

Escuela _____

Grado _____

Sexo _____

Fecha de Nacimiento _____

ALERGIA CON REACCIÓN DE PELIGRO DE MUERTE **REQUIRE un Auto-Inyector de Epinefrina en la escuela y seguimiento médico. ** Necesita comunicarse con la enfermera de la escuela**

Alergia con peligro de muerte: _____

Otras Alergias, No con Peligro de Muerte pero necesita evitar:

ASMA:

Intermitente:- El estudiante tiene síntomas de tos y respiración silbante máximo de 2 días a la semana, con dificultad de asma durante la noche dos veces al mes o menos. No tiene otros síntomas más que estos episodios.

Leve –El estudiante tiene una prescripción para Albuterol/Inhalador de Rescate y lo usa 1-2 veces por semana.

Moderada –El estudiante tiene una prescripción para Singulair/Flovent, además de un Inhalador de Rescate que se usa menos de 2 veces por semana.

Severa –El estudiante tiene una _____

Diagnosticado, pero no medicado

DIABETES:

****necesita comunicarse con la enfermera de la escuela**

Dependiente de insulina y se necesita un programa escolar

No dependiente de insulina y necesita un programa escolar

PROBLEMAS DE AUDICIÓN:

Historia de pérdida de audición: Oído: der. ___ izq. ___

Usa audífonos en el oído izquierdo y/o derecho (circule uno)

PROBLEMAS DE VISIÓN:

Ciego de un ojo: ojo derecho ___ ojo izquierdo ___

Otro problema de visión: _____

Usa lentes Usa lentes de contacto

CONVULSIONES:

****necesita comunicarse con la enfermera de la escuela**

Necesita medicamento en la escuela * ver instrucciones abajo

Medicamento en casa

Antecedentes de convulsiones, pero no medicado actualmente

Fecha de la Ultima Convulsión: _____

RESTRICCIONES FÍSICAS QUE LIMITAN ACTIVIDADES:

Limitaciones esqueléticas (huesos) o musculares:

OTRAS NECESIDADES DE SALUD O MEDICACIONES:

Medicamento no mencionado que su hijo/a necesita en la escuela:
* ver instrucciones más abajo

Medicamento en casa solamente

PROBLEMAS ADICIONALES DE SALUD QUE AFECTEN EL RENDIMIENTO ESCOLAR:

*** MEDICAMENTO EN LA ESCUELA:**

Debe entregar el formulario Autorización para suministrar medicamento en la escuela, que se puede obtener en la oficina de la escuela o en el sitio web del BSD. Este formulario debe ser completado por un Proveedor de Salud Licenciado antes que el medicamento pueda ser administrado.

**** CONDICIÓN DE RIESGO DE MUERTE: ¡Necesita comunicarse con la enfermera de la escuela! Un plan de salud debe ponerse en lugar con la enfermera escolar antes de que el estudiante pueda asistir a la escuela.**

AUTORIZACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

Si el padre o Proveedor de Salud Licenciado mencionado en el record de registro no pueden ser contactados en caso de una emergencia y observación y tratamiento es urgente a juicio de las autoridades escolares, yo autorizo y dirijo a las autoridades escolares a enviar a mi hijo/a (con acompañamiento adecuado) al hospital o Proveedor de Salud Licenciado más accesible. Comprendo que yo voy a asumir toda responsabilidad por el pago de cualquier servicio prestado.

Los problemas de salud previamente mencionados podrán ser compartidos con el personal escolar a “medida que sea necesario”

Firma del padre/guardián: _____

Fecha: _____