

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  | SexoFecha 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:   | 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 |
| Otras Alergias, No con Peligro de Muerte pero necesita evitar:   | CONVULSIONES:  **necesita comunicarse con la enfermera de la escuela  Necesita medicamento en la escuela * ver instrucciones abajo  |
| <ul> <li>ASMA:</li> <li>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.</li> <li>Leve -El estudiante tiene una prescripción para Albuterol/Inhalador de Rescate y lo usa 1-2 veces por semana.</li> <li>Moderada -El estudiante tiene una prescripción para Singulair/Flovent, además de un Inhalador de Rescate que se usa menos de 2 veces por semana.</li> <li>Severa -El estudiante tiene una Î è €AsR0, fQ águ†xÁRÁ34wá~</li> </ul>  | ☐ Medicamento en casa         ☐ Antecedentes de convulsiones, pero no medicado actualmente         Fecha de la Ultima Convulsión:   |
| 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   |   |
| * 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: |   |

Formerly: 1-13-2012 Last Revised: 2-8-2016