

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento: _____ Género: _____ Grado: _____ Maestro: _____
Apellido Nombre

Mi estudiante NO TIENE PROBLEMAS DE SALUD por el momento

PLAN ESPECIAL DE CUIDADO DE SALUD

Si se marca algo en la parte de abajo, por favor envíe este formulario a la enfermera de la escuela y obtenga los formularios necesarios adicionales. Se requieren nuevos formularios cada año escolar fechados **después del 1 de julio.**

Diabetes: Fecha del Diagnóstico: _____ Mi estudiante tiene: Bomba de insulina Pluma de insulina Insulina inyectada

Trastorno Convulsivo que requiere Medicamento: Nombre del Medicamento: _____

Plan Especial de Cuidado de Salud: Mi hijo tiene necesidades de atención médica especiales, como silla de ruedas, alimentación por sonda, tubo de respiración, catéter, tubos intravenosos u otro. Por favor describa la condición (es): _____

CONDICIONES DE SALUD QUE AMENAZAN LA VIDA

Si se marca algo en la parte de abajo, por favor envíe este formulario a la enfermera de la escuela y obtenga los formularios necesarios adicionales. Se requieren nuevos formularios cada año escolar fechados **después del 1 de julio.**

Alergia/Anafilaxia: Severa con EPI-PEN /AUVI-Q (pluma autoinyectable de epinefrina) recetada (por ejemplo: comida, piquetes de insectos)
 Alérgenos: _____ Otro: _____

Asma: Severo incluyendo INHALADOR DE RESCATE recetado, hospitalización(es) durante el año pasado, ESTEROIDES (prednisona) en el último año
 (Si es asma leve o moderado, consulte a continuación "CONDICIONES DE SALUD QUE NO AMENAZAN LA VIDA")

ALERTA A PADRES / TUTORES: La escuela debe conocer las condiciones de AMENAZA DE VIDA (por ejemplo: alergia severa con anafilaxia, diabetes, asma) antes del inicio de clases, ya que pueden requerir un plan adicional (según RCW 28A.210.320). Póngase en contacto con la enfermera de su escuela para comenzar el proceso.

CONDICIONES DE SALUD QUE NO AMENAZAN LA VIDA

Favor de marcar cualquiera de estas afecciones que tenga o haya tenido su hijo:

TDA/TDAH Alergias Leves/Moderadas Asma Leve/Moderado
 Trastornos Sanguíneos Intestinales/Vejiga Cáncer Depresión/Ansiedad
 Dental Problemas de Audición Problemas Cardíacos Problemas
 Ortopédicos/Huesos Problemas de Comportamiento Social/Emocional
 Lesiones Graves Problemas de la Vista Otro

Favor de explicar: _____

MEDICAMENTOS Anote cualquier medicamento tomado. Se requiere una orden médica por cada medicamento que se toma. Una nueva orden médica fechada **después del 1 de julio** se requiere cada año escolar.

Medicamento: _____ Para: _____ Casa Escuela
 Medicamento: _____ Para: _____ Casa Escuela
 Medicamento: _____ Para: _____ Casa Escuela
 Medicamento: _____ Para: _____ Casa Escuela

INFORMACION DE CONTACTO

Proveedor Médico _____ #: _____ Dentista: _____ #: _____

Nombre del Padre/Tutor Legal	Teléfono Celular	Teléfono de Trabajo	Teléfono Adicional(es) o Email
1.			
2.			

Doy mi consentimiento para el cuidado de mi hijo y para la divulgación de información médica relacionada con mi hijo a la escuela o al personal médico, según sea necesario, para garantizar la seguridad de mi hijo en la escuela. Entiendo que será mi responsabilidad organizar el pago de la atención médica, en caso de que mi hijo esté enfermo / lesionado. He leído y entiendo este formulario.

Firma del Padre/Tutor Legal: _____ **Fecha:** _____