

INFORMACIÓN DE SALUD ESTUDIANTIL

Año de graduación: _____

Última escuela a la que asistió: _____

Uso oficial
Fecha recibida: _____ **Recibida por:** _____
 Original entregada a la enfermera:

Nombre legal del/de la estudiante: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Género:** _____ **Grado:** _____ **Maestro/a:** _____
Apellido(s) 1º Nombre 2º Nombre

Dirección: _____ **Código postal:** _____
Número Calle Ciudad

Nombre impreso de los padres/encargados legales	Tel. del domicilio	Teléfono celular	Tel. del trabajo
Nombre del padre encargado legal:			
Nombre de la madre encargada legal:			

Estudiante vive con: Los dospadres

- Únicamente el padre
 Únicamente la madre
 Solo
 Encargado/a legal
 Los abuelos
 Padre/madrastra
 Madre/padrastro
 Agencia
 Padrastro/madrastra
 Otro: _____

Proveedor de atención médica: _____ **Teléfono:** _____

Seguro médico:

- Cupones médicos
 Privado
 Militar
 Ninguno
 Otro: _____

CONDICIONES GRAVES

RCW 28A.210.320 requiere que cada escuela pública prohíba que cualquier estudiante con “una condición que constituye una amenaza para la vida” asista a la escuela por cualquier y todos los propósitos si el estudiante no tiene medicamentos u órdenes de tratamiento y un plan de cuidados de enfermería archivado en la escuela. Se define una “Condición que constituye una amenaza para la vida” como una condición de salud que pone al niño o niña en riesgo de muerte durante el día escolar si órdenes de medicamento o tratamiento y un plan de cuidados de enfermería no son implementados. Es prohibido que estudiantes que no están en conformidad con RCW 28A.210.320 asistan a la escuela hasta tal momento en que se cumpla con la ley. Cualquier padre/encargado legal quien dispute la decisión de la escuela tiene derecho a procedimientos de debido proceso como se describen en Normativa 3200 del Distrito Escolar de Olympia.

¿Tiene tu hijo(a) una alergia que amenace la vida? Sí No

Tiene alergia a: _____

Describe la reacción: _____

Fecha de la última reacción: _____

Ataques: Tipo _____

Cardíaca: Describe _____

Diabetes: Tipo _____

¿Su hijo tiene asma grave? Sí No

Hospitalizado(a) / Tratamiento urgente durante el último año Sí No

OTRAS CONDICIONES DE SALUD

Alergias – favor de anotarlas: _____

Reacciones leves: _____

Asma: con inhalador sin inhalador

Describe: _____

Otras condiciones de salud: _____

MEDICAMENTOS

Si su hijo/a necesita tomar algún medicamento en la escuela, favor de solicitar el formulario requerido en la oficina administrativa. Este formulario debe ser completado antes de que cualquier medicamento pueda ser traído a la escuela.

Medicamento(s):

Actualmente usado(s)

Lugar donde se toma(n):

1. _____ Escuela Casa

2. _____ Escuela Casa

3. _____ Escuela Casa

Si su hijo se enferma o se lastima en la escuela, contactaremos al padre/encargado legal o a la persona anotada como el contacto de emergencia, si es posible, y llamaremos al 911 si la herida o la enfermedad lo requiere.

Doy mi consentimiento para que se divulgue la información médica relacionada con mi hijo/al personal de la escuela, según sea necesario, para garantizar su seguridad en la escuela. Entiendo que será mi responsabilidad arreglar el pago de su cuidado médico, si mi hijo/a se enferma o se lastima. He leído y entiendo este formulario.

Firma del padre/madre/encargado legal: _____ **Fecha:** _____