



## Historia de la Salud del Estudiante Año escolar 2021-2022

Por favor, marque todas las condiciones que correspondan. Si su hijo no tiene afecciones crónicas de salud, pase a la casilla final y firme abajo. Toda la información que se proporciona en este formulario se compartirá con el personal escolar apropiado según sea necesario para garantizar la salud y seguridad de su estudiante.

Apellido del Estudiante:

Primer nombre:

Las condiciones de salud que amenaza la vida		Fecha de nacimiento	Grado	Escuela
RG	<b>Asma grave (Ver abajo si no es severo)</b>	<p>Ley Estatal requiere que los estudiantes con amenaza para la vida con condiciones como la anafilaxia, el asma, las convulsiones, la cardiopatía, la hemofilia o la diabetes deben tener una reunión con la enfermera de la escuela y un plan de atención antes del primer día de clases.</p> <p><u>Comuníquese con la enfermera del edificio lo antes posible para asegurarse de que los documentos estén completos, lo que le permitirá a su estudiante asistir a la escuela.</u></p>		
EG	<b>Alergia grave (que requiere Epipen)</b>			
	<b>Alergia a:</b>			
EK	<b>Diabetes Tipo 1 (dependiente de insulina)</b>			
NP	<b>Sufre de convulsiones</b>			
C_	<b>Problemas Cardiacos:</b>			
BB	<b>Hemofilia</b>			

### Otras condiciones

NB	ADHD / ADD Diagnosticado por:	PC	Depresión
ED	Alergia - Comida:	NF	La discapacidad del desarrollo
EE	Alergia - Insecto:	EK	Diabetes tipo 2
EM	Alergia - Medicamentos:	EN	Trastorno alimentario
EB	Alergia - Estacional:	GH	Reflujo ácido/ GERD
E_	Alergia - Animal:	N_	Dolores de cabeza o Migrañas
PA	Ansiedad	GK	Intestino irritable o Chron
RG	Asma actualmente tratada (no grave) con inhalador	M_	Trastorno musculoesquelético:
RH	El historial de asma ya no usa inhalador	RE	Enfermedad reactiva de las vías respiratorias
NC	Desorden del espectro autista	UE	Condición tiroidea:
B_	Condición de la sangre:	<p><b>Otros antecedentes médicos pertinentes (hospitalizaciones, lesiones, otros diagnósticos / condiciones no enumerados):</b></p>	
GA	Enfermedad celíaca		
NE	Parálisis cerebral		
YA	Infecciones crónicas del oído		
UB	Infecciones crónicas del tracto urinario		
NU	Historia de conmoción cerebral / lesión cerebral traumática		
EJ	Fibrosis quística		

**Por favor enumere TODOS los medicamentos actuales (circule aquellos que se tomarán en la escuela):**

**Tenga en cuenta:** la ley estatal requiere un permiso por escrito del proveedor de atención médica y los padres antes de que cualquier medicamento (con receta Y sin receta médica) se pueda llevar y / o tomar en la escuela. Formularios disponibles en línea y en la oficina de cada escuela.

Mi estudiante usa:      Gafas       Lentes de contacto       Audífonos       Otro: \_\_\_\_\_

**Mi estudiante NO TIENE CONDICIONES DE SALUD CRÓNICAS EN ESTE MOMENTO**

Si no se puede contactar al padre / tutor o al contacto de emergencia autorizado en el momento de una emergencia médica, y si la atención inmediata es urgente a juicio de las autoridades escolares, autorizo y dirijo a las autoridades escolares que envíen al estudiante al centro de salud más cercano y más apropiado. Entiendo que asumiré toda la responsabilidad por el pago de cualquier servicio prestado.

<b>Fecha:</b>	<b>Firma:</b>	<b>Relación:</b>	<b>Teléfono:</b>
---------------	---------------	------------------	------------------