



# 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: \_\_\_\_\_