

# INFORMACIÓN MÉDICA DE LOS ESTUDIANTES 2024-2025

(Los padres/tutores deberán completar el formulario)

Por favor, marque a continuación los puntos relacionados con la salud de su hijo, indique los medicamentos que toma y responda a las preguntas relacionadas. Esta información estará en la sala de salud (enfermera de la escuela) y será compartida con el personal escolar si es necesario para servir mejor a su hijo

<b>Nombre del estudiante:</b>		<b>Fecha de nacimiento:</b>
<b>Maestro(a):</b>		<b>Grado:</b>



Mi hijo NO tiene problemas de salud. \_\_\_\_\_ Por favor marque con sus iniciales.

¿Su hijo necesita tomar medicamentos durante el día escolar?  sí  no (Esto incluye inhaladores, Epi-Pen, Valtoco, Diastat & Glucagón)

En caso afirmativo, consulte la política de medicación en el manual de padres y contacte con la enfermera de la escuela para solicitar un formulario de autorización de medicación.

Enfermedad crónica	En caso afirmativo	Información sobre el estado de salud	Descripción de la enfermera escolar
TDA/TDAH		Medicamentos en casa <input type="checkbox"/> en la escuela <input type="checkbox"/>	Nombre de medicamento: _____
Alergias:		Estacional <input type="checkbox"/> Comida <input type="checkbox"/> Ambiental <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>	¿Ha sido diagnosticada la alergia por un médico? S/N ¿Ha tenido que utilizar su hijo un epi pen? S/N ¿Ha tenido su hijo alguna vez una reacción anafiláctica? S/N
Autismo		Asperger <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Medicación: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Cáncer		Tipo: _____	<input type="checkbox"/> En tratamiento <input type="checkbox"/> En remisión
Diabetes		Tipo: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> pastillas <input type="checkbox"/> insulina <input type="checkbox"/> bomba <input type="checkbox"/> inyección
Síndrome de Down			

## La cabeza

Epilepsia		<input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Febril <input type="checkbox"/> Otro: _____ Fecha de la última convulsión _____	Medicación _____ Medicina de urgencias - Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Historial de lesiones/conmociones cerebrales		Conmoción cerebral <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> : _____	Fecha de lesión/conmoción cerebral: _____
Dolores de cabeza/las migrañas		Medicamento: sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Frecuencia _____
Trastorno psicológico _____		Medicamento: sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Terapeuta sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> nombre: _____

## Dermatología

Problemas de piel		<input type="checkbox"/> eczema <input type="checkbox"/> la pigmentación anormal (café-au-lait) <input type="checkbox"/> hemangiomas <input type="checkbox"/> mongolian spots <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>	
-------------------	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

## Visión/Audición

Problemas de oído		Tiene un audifono: izquierda <input type="checkbox"/> derecha <input type="checkbox"/> Implante coclear: sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
Problemas de la vista		lleva: lentes <input type="checkbox"/> lentes de contacto <input type="checkbox"/> Por solo lectura <input type="checkbox"/> o TODO el día escolar <input type="checkbox"/>	Fecha del último examen de la vista: _____ Proveedor médico: _____

## Sistema circulatorio/respiratorio

Asma		Medicamento: sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Fecha del último episodio: _____ Causantes conocidos: _____
Fibrosis cística		Enzimas: _____	Medicación/tratamiento: _____
Cardiopatía/Hipertensión arterial		Medicamento: sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Especialista: _____
Trastornos de la sangre		<input type="checkbox"/> Hemofilia <input type="checkbox"/> Hemorragias nasales <input type="checkbox"/> Drepanocitosis <input type="checkbox"/> Otros _____	Frecuencia de hemorragia nasal: _____

## Abdominal

Problemas con los riñones o la vejiga			Especifique: _____
Problemas menstruales			Especifique: _____
Problemas del estomago			

## Musculoesquelético (marque si aplica)

<input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/> Diagnóstico: _____	Ayuda para caminar/apoyos: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple <input type="checkbox"/> Distrofia muscular	Medicación: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas
<input type="checkbox"/> Espina bífida <input type="checkbox"/> Otros problemas		

ortopédicos: \_\_\_\_\_  
Otros problemas de salud/necesidades no enumeradas: \_\_\_\_\_

Si su hijo tiene algún problema de salud, póngase en contacto con la enfermera de la escuela para establecer un plan de cuidados que atienda las necesidades de su hijo durante la jornada escolar.

**\*\* Por favor complete el reverso de este formulario antes de devolverlo a la escuela.\*\***

# INFORMACION MEDICA DE LOS ESTUDIANTES 2024-2025

## UN MENSAJE IMPORTANTE SOBRE LA SALUD DE SU HIJO

La enfermera trabaja para promover la buena salud de los estudiantes y el personal. Nuestra meta es ayudar a que su hijo tenga un año escolar saludable y exitoso. La enfermera tiene que seguir las directrices para el cuidado de los estudiantes en el campus. La enfermera de la escuela está disponible para primeros auxilios/evaluación del estudiante. Si su hijo necesita ser recogido de la escuela debido a una enfermedad o preocupación identificada en la evaluación, se le notificará de su necesidad de atención médica. Los medicamentos (incluidos los de emergencia (epinefrina/inhaladores/convulsiones/glucaGón) se administrarán de acuerdo con las instrucciones escritas del médico con el permiso de los padres. La enfermera no tiene un suministro de medicamentos de venta libre para dar a los estudiantes. Sin embargo, si un estudiante tiene una reacción grave, repentina, no diagnosticada y potencialmente mortal (anafilaxia), se notificará al 911 y a los padres/tutores indicados a continuación y, si es necesario, un empleado capacitado administrará una dosis inicial inyectable de epinefrina.

Nombre del alumno/a	Grado	Aula	Fecha de nacimiento

Nombre de la madre	Teléfono de casa	Teléfono de trabajo	Teléfono celular

Nombre del padre	Teléfono de casa	Teléfono de trabajo	Teléfono celular

Correo electrónico de los padres	
----------------------------------	--

Contacto de emergencia	Teléfono de casa	Teléfono de trabajo	Teléfono celular

Nombre del médico	Teléfono de su oficina	
Nombre del dentista	Teléfono de su oficina	
Nombre de especialista	Teléfono de su oficina	

¿Ha asistido su hijo alguna vez a una escuela pública de Carolina del Norte?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Tiene su hijo un Plan de Educación Individual (IEP) o 504?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Ha recibido su hijo/a vacunas?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Ha realizado su hijo un examen físico o una revisión médica en los últimos 12 meses?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Tiene su hijo seguro médico (seguro privado/medicaid/otro)?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Doy mi permiso a la enfermera de la escuela y/o maestro/personal y/o consejero para compartir o recibir información relacionada con la salud necesaria para el cuidado de mi hijo con los proveedores mencionados anteriormente durante el año escolar.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Mi hijo puede participar en las evaluaciones enumeradas en el manual del estudiante. Será notificado de cualquier resultado anormal de los exámenes.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Se guardará la información médica en el programa que se llama <<PowerSchool>>. También se usará PowerSchool para avisar a los maestros de las necesidades médicas.

**Yo/nosotros autorizo/autorizamos a cualquier médico u hospital a prestar atención y tratamiento médico en caso de emergencia que pueda ser necesario para atender a mi hijo sin nuestro permiso o autorización específica. Padre/Tutor: Si hay alguna consideración específica que deba tenerse en cuenta antes de prestar atención o tratamiento médico, favor de incluir una declaración explicativa.**

**Si tiene cualquier cambio con los numeros de teléfono arriba, o los contactos de su hijo, por favor notifique la escuela inmediatamente.**

	/	
Firma del padre/tutor		Fecha

**\*\* COMPLETE LA PÁGINA ANTERIOR ANTES DE DEVOLVERLA \*\***