**Formulario de Información Anual de la Salud 22-23** 

***Esta información confidencial será compartida con el personal escolar sobre una base necesidad de***

Nombre conocer:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Grade: \_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hospital de preferencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Por favor, compruebe todas las condiciones de salud actual de su estudiante:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ADD / ADHD  **□** | diabetes **□** | Lesión en la cabeza / conmoción cerebral  **□** | Migrañas / dolores de cabeza **□** |
| Alergias  **□** | Intestino / vejiga **□** | pérdida de audición  **□** | Trastorno convulsivo  **□** |
| asma  **□** | Hueso / articulación  **□** | problemas de salud mental **□** | Ediciones del estómago  **□** |
| autismo **□** | Retraso del desarrollo **□** | Otro: |

|  |
| --- |
| Describa las condiciones anteriores con mayor detalle. Enumere las cirugías u hospitalizaciones, incluidas las hospitalizaciones de salud mental (mes / año): |
| enumere cualquier otra afección médica que pueda afectar el aprendizaje de su hijo en la escuela, incluidas las restricciones dietéticas o físicas: |
| ¿toma actualmente su hijo algún medicamento de rutina? **Sí □** **No** **□**respuestaSi laes Sí, indique los medicamentos que toma su hijo:Medicación / dosis / Hora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Medicación / dosis / Hora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_¿Su estudiante tomará algún medicamento en la escuela? **Sí □ No □****Tenga en cuenta:** *Se requiere una orden del médico para que* ***todos los*** *medicamentos se administren en la escuela (incluidos los medicamentos de venta libre). No se les permite a los estudiantes que lleven sus propios medicamentos sin la orden de un médico, la aprobación de los padres y la enfermera de la escuela.* Comuníquese con la oficina de salud de la escuela para obtener más información en:ponga en  |
| ¿Tiene su hijo una **alergia significativa quepeligro la vida**? **Sí □** **No** **□**  En caso afirmativo, enumere las alergias, reacción / síntomas específicos y la fecha (mes / año) de la última reacción: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_¿Va a ser¿Proporcionar a la escuela medicamentos de rescate, como la epinefrina, para la alergia significativa? **Si □ No □**Si NO se proporciona la medicación de rescate, se llamará al 911 si surge una emergencia. |
| ¿Usa su estudiante lentes / contactos? **Sí □  No □** Diagnóstico de la vista: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de la última revisión de la vista realizada por un oculista / especialista en ojos: |
| ¿Tiene su hijo Medicaid? ***Sí* □  *No* □** *Si su estudiante NO tiene seguro de salud, llame a Falcon Peak Health Center: 719-344-6247 para obtener más información****.*** |
| **Permiso de los padres para atención de emergencia:** En caso de una enfermedad o lesión grave, los primeros auxilios se prestarán de acuerdo con las políticas de la escuela. Si el servicio de ambulancia es necesario, el padre / tutor debe asumir la responsabilidad financiera. Si no se puede contactar a los padres / tutores en el caso de una emergencia de este tipo, se enviará a su estudiante al hospital preferido que figura más arriba, o al centro médico determinado por el Servicio de Emergencias Médicas (EMS). |
| El médico del estudiante y el número de teléfono: |
| yo (padre / tutor), le doy permiso a la escuela para que se comunique con el médico de mi hijo para obtener los registros de vacunación. **Si □ No □**  Firma del padre / tutor: |

**Contacto de emergencia**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Teléfono de contacto de emergencia**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del padre / tutor**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_