

INSCRIPCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Pre-K - 12

Ciclo Escolar _____

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Idioma: _____

PROBLEMAS DE SALUD/HISTORIAL DE SALUD:

Marque aquí si su hijo (a) NO TIENE algún problema de salud (firme abajo)

Si su hijo tiene problemas de salud, por favor marque todas las condiciones de salud actuales abajo y llene los espacios si es que aplica. El padre/tutor es responsable de notificar a la escuela de problemas nuevos o existentes y de proporcionarle a la escuela cualquier medicamento o equipo que el estudiante requiera durante el día escolar. Indague en la oficina principal para obtener todas las formas de procedimiento correctas. ***Las condiciones graves tales como anafilaxia, asma, diabetes y otras condiciones requieren planes individuales de cuidado de la salud/planes de acción, permisos de medicamentos y capacitación al personal antes del primer día de clases. Por favor, contacte a la enfermera escolar para discutir las necesidades de su hijo(a).**

ALERGIAS (*se requiere un plan de acción para la alergia si se necesita intervención en la escuela y un permiso para el medicamento si el medicamento se guardará en la enfermería)

Alimentos: _____ Abejas / Insectos: _____ Medicamentos: _____ Otro: _____

Tratamiento Escolar: Mi hijo llevará consigo EpiPen y ha sido instruido en el uso de EpiPen Se guardará EpiPen en la Oficina de Salud* _____

Otro: _____

ASMA (*se requiere de un plan de acción para el asma si se necesita intervención en la escuela y un permiso para el medicamento si el medicamento se guardará en la enfermería)

Factores provocantes: Ejercicio Medioambiente _____ Otro: _____

Tratamiento Escolar: *Mi hijo llevará consigo un inhalador y ha sido instruido en el uso del inhalador. *Se guardará el Inhalador/Nebulizador en la enfermería

Mi hijo fue diagnosticado con asma pero ya no usa un inhalador - fecha del último episodio de asma: _____

DIABETES (*se requiere un plan de cuidado de la diabetes para todos los estudiantes con el tipo I - por favor, contacte a la enfermera escolar antes del comienzo de las clases)

*Tipo I (toma insulina) Bomba de insulina Pluma Jeringa Tipo II (controlado con dieta/ejercicio/medicamento)

EMOCIONAL/DEL COMPORTAMIENTO/PSICOLÓGICO/DEL DESARROLLO

ADD ADHD Ansiedad Asperger Autismo Bipolar Depresión Retraso del desarrollo

Desorden del Estado de Ánimo OCD ODD PTSD Esquizofrenia Otro: _____

AUDICIÓN/VISIÓN

Pérdida de audición conocida (explique): _____ Prótesis auditiva Lentes/Contactos Otro problema de la visión: _____

MOBILIDAD/ACTIVIDAD

Restricción de actividades explique: _____ Mi hijo usa un aparato de ayuda: Silla de Ruedas Andador Otro: _____

CONVULSIONES (*Por favor comuníquese con la escuela acerca de un plan de acción para convulsiones y un permiso si es que se administrarán medicamentos en la escuela)

Tipo de Ataque: _____ Fecha del último ataque: _____ Mi hijo tendrá Diastat en la escuela *

OTROS PROBLEMAS MÉDICOS (si marca cualquier condición, explique en el espacio proporcionado)

Desorden de Sangrado Defecto/desorden de nacimiento Cáncer Parálisis cerebral Conmoción cerebral (fecha: _____)

Endocrino Gastrointestinal/Vejiga Condición de Piel Condición del Corazón Hipertensión Migraña Otro: _____

Explicación: _____

Mi hijo necesitará ayuda con las actividades de la vida cotidiana y/o procedimientos del cuidado de la salud* (comuníquese con la enfermera)

MEDICAMENTO*(obtenga un permiso para medicamentos de la enfermería)

Medicamentos tomados en casa: _____

Medicamentos para ser administrados en la escuela (*se requiere un permiso) _____

La información proporcionada en esta forma reemplazará y/o actualizará cualquier información médica recibida previamente con la excepción de condiciones que amenacen la vida (comuníquese con la enfermera escolar referente a quitar esta información). Es la responsabilidad del padre/tutor de notificar a la oficina de salud si ocurre cualquier cambio en el estado de salud de su hijo.

Nombre del padre/tutor (impreso): _____ Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____
 HEA2600 Tucson Unified School District Revised: 07/09/2018