

**INFORMACION MEDICA****DEBE SER COMPLETADA POR UN PADRE/TUTOR LEGAL CADA CICLO ESCOLAR**

**PARTE 1: EL PADRE O TUTOR DEBE LLENARLA.** El padre o tutor está invitado a participar en el desarrollo de un Plan Individual para el Cuidado de la Salud si es necesario. Use hojas adicionales, si es necesario, para mayor explicación .

Nombre de la escuela:	Grado:
-----------------------	--------

Nombre del alumno:	Apellido(s):	Inicial del segundo nombre(s):
--------------------	--------------	--------------------------------

Fecha de nacimiento:	Sexo: M F	Estado o país de nacimiento:
----------------------	--------------	------------------------------

Dirección postal:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
-------------------	---------	---------	----------------

Dirección física:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
-------------------	---------	---------	----------------

Nombre de la madre o tutor:	Teléfono de casa:	Teléfono del trabajo:	Celular:	Empleador:
-----------------------------	-------------------	-----------------------	----------	------------

Nombre del padre o tutor:	Teléfono de casa:	Teléfono del trabajo:	Celular:	Empleador:
---------------------------	-------------------	-----------------------	----------	------------

Nombre del médico pediatra o el principal proveedor médico:	( )	( )	( )
---	-----	-----	-----

Nombres de los especialistas o clínicas de especialidades que atienden a su hijo/a:

Firma del padre o tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Marque el tipo de seguro médico de su hijo/a: Privado Medicaid/LaCHIP Ninguno  
 Si su hijo/a no tiene seguro, le gustaría recibir información sin costo sobre seguros médicos? Si No

En caso de emergencia—si no se puede localizar al padre o tutor --contactar a:  
 Nombre \_\_\_\_\_ Número de teléfono completo ( ) \_\_\_\_\_

Mi hijo/a tiene un problema físico, mental, o de comportamiento que podría afectar su jornada escolar: (Si usted respondió "si" por favor complete la PARTE 2.) No Si

**PARTE 2: MARQUE TODAS LAS CASILLAS QUE APLIQUEN A SU HIJO/A.** El padre o tutor es responsable de proveer a la escuela cualquier alimento especial o equipo que el alumno requiera durante su jornada escolar. Pregunte a la enfermera de la escuela cómo obtener los formularios correctos para medicamentos y el procedimiento a seguir.

**ALERGIAS**

Tipo:  
 Alimentaria (lista de alimentos)  
 Picadura de insectos (lista de insectos)  
 Medicamentos (lista de medicamentos)  
 Otros (lista) \_\_\_\_\_

Reacciones: (Fecha de la última vez si aplica.)  
 Tos (Fecha: \_\_\_\_\_) Ronchas (Fecha: \_\_\_\_\_) Erupción (Fecha: \_\_\_\_\_)  
 Dificultad para respirar (Fecha: \_\_\_\_\_) Inflamación localizada (Fecha: \_\_\_\_\_) Sibilancia (Fecha: \_\_\_\_\_)  
 Inflamación generalizada (Fecha: \_\_\_\_\_) Náuseas Fecha: \_\_\_\_\_) Otros (Fecha: \_\_\_\_\_)

**Medicamentos y tratamientos que toma en la actualidad:**  
 Antihistaminico oral (Benadryl, etc.) Epi-pen Otro \_\_\_\_\_

**ASMA**

Desencadenante: Ambiental (i.e., tabaco, polvo, mascotas, polen, etc.) (lista) \_\_\_\_\_ Otros (lista) \_\_\_\_\_  
 ¿Su hijo tiene síntomas de asma cuando hace ejercicio? No Si

Síntomas:  
 Pecho Opresión, incomodidad, o dolor de pecho Dificultad para respirar Tos Sibilancia Otro \_\_\_\_\_

**Medicamentos y tratamientos que toma en la actualidad:** \_\_\_\_\_

Fecha de la última hospitalización por asma \_\_\_\_\_ Fecha de la última visita a urgencias por asma \_\_\_\_\_  
 ¿Su hijo cuenta con un plan para controlar el asma por escrito? No Si

¿Usa un medidor de flujo máximo? No Si

**DIABETES****Medicamentos y tratamientos que toma en la actualidad::**

Insulina: Jeringa Auto inyector Bomba

Medidor de nivel de azúcar

Glucagón

Medicamento oral Lista de medicamentos \_\_\_\_\_

¿Necesita horario especial para comer o para educación física? No Si

 **TRASTORNO CONVULSIVO**

Tipo de convulsión:

Ausente (mirada fija, no responde) Parcial compleja Tónica Clónica Generalizada (Grand Mal/Convulsiva)

Otro (explique) \_\_\_\_\_

Restricciones de educación física: No Si

**Medicamento(s):** No Si Lista de medicamento(s) \_\_\_\_\_

Fecha de la última convulsión: \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_

 **OTROS PROBLEMAS DE SALUD**

Anemia ADD/ADHD Cáncer Parálisis cerebral Varicela Fibrosis cística

Depresión Trastornos digestivos Emocional/Psicológico Artritis reumatoide juvenil

Hemofilia Trastornos del corazón Discapacidad física Anemia depreanocítica Trastornos de la piel

Problemas de lenguaje Otro (explique) \_\_\_\_\_

Restricciones de educación física: No Si (explique): \_\_\_\_\_

**Medicamento(s):** No Si Lista de medicamento(s) \_\_\_\_\_**Procedimientos especiales necesarios** (i.e., cateterismo, oxígeno, cuidados de gastrostomía o traqueostomía, succión):

Si No (explique): \_\_\_\_\_

Dieta especial necesaria (i.e., molida, suave, baja en sal, baja en grasa, suplemento líquido): No Si (explique): \_\_\_\_\_

¿Hay ausencias u hospitalizaciones frecuentes que se saben con anticipación? No Si (explique): \_\_\_\_\_

 **PROBLEMAS VISUALES**

Lentes de contacto/anteojos

Otro \_\_\_\_\_

 **PROBLEMAS DE AUDICION**

Aparato auditivo (s)

Otro \_\_\_\_\_

 **ADAPTACIONES DEL AMBIENTE DEBIDO A PROBLEMAS DE SALUD****Adaptaciones especiales del ambiente u horario escolar:** No Si (explique): \_\_\_\_\_

(i.e., convulsiones, limitantes en la actividad física, descansos periódicos para resistencia, horario de medio tiempo, modificaciones al edificio o accesos)

**Adaptaciones especiales a el aula o instalaciones escolares** No Si (explique): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ (i.e., control de la temperatura, refrigeración almacenamiento de medicamentos, disponibilidad de agua)

**Consideraciones de seguridad especiales:** No Si (explique) \_\_\_\_\_

(i.e., precauciones especiales de levantamiento, posición, plan de emergencia en transporte especial, equipo de seguridad especial, técnicas especial para posicionamiento, alimentación)

**Asistencia especial con actividades diarias:** No Si (explique): \_\_\_\_\_

(i.e., comer, ir al baño, caminar)

**PARTE 3: PARA SER LLENADA POR LA ENFERMERA DE LA ESCUELA si el padre o tutor indica algún trastorno médico.** \_\_\_\_\_

Firma de la enfermera de la escuela

Fecha

Notas:

**REGRESAR LA FORMA LLENA A LA ENFERMERA/ENFERMERA DE LA ESCUELA  
PRONTO COMO SEA POSIBLE**