

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.				
<input type="checkbox"/> 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: _____)		Nauseas Fecha: _____)	Otros (Fecha: _____)	
Medicamentos y tratamientos que toma en la actualidad:				
Antihistaminico oral (Benadryl, etc.)		Epi-pen	Otro _____	
<input type="checkbox"/> 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 TAN PRONTO COMO SEA POSIBLE