



Arlington School District

315 N French Ave, Arlington, WA 98223

<http://www.asd.wednet.edu>

Preocupaciones de salud

For Office Use Only: Completed Medication Orders Medical Supplies Received Medications Received

Esta información es necesaria para planificar un programa apropiado para su estudiante y prepararse para cualquier situación de emergencia, si surgiera alguna. La enfermera de la escuela se comunicará con usted si hay alguna pregunta adicional. Este formulario debe ser completado por el padre/tutor. La ley exige que las condiciones que pongan en peligro la vida, como anafilaxia, asma, diabetes o convulsiones tener un plan de atención completo, órdenes de medicamentos completadas, suministros médicos y medicamentos suministrados al escuela antes del primer día de clases del estudiante. Comuníquese con la enfermera del edificio lo antes posible para asegurarse de que la documentación esté completa.

¿Tiene su hijo alguna condición de salud actual? Si No En caso afirmativo, complete toda la información correspondiente. Si no, pase a la página 2 y firme.

Historial médico (Indique todo lo que aplique)

Condición de salud que amenaza la vida (comuníquese con la enfermera para conocer el plan de atención)

- *Hemofilia
- *Diabetes tipo I
- *Condición anafiláctica (EpiPen)
- *EpiPen recetado
- *Asma
- *Condición de convulsión
- *Condición cardíaca

Cardiovascular

Condición diagnosticada: _____

Por favor explique: _____

Hematología (Sangre)

Anemia falciforme

Otras afecciones sanguíneas,

explique: _____

Endocrino, Alergia, Sistema Inmunológico

- Alergia a la comida Lista de alergias: _____
- Alergia a los insectos Lista de alergias: _____
- Fibrosis quística Enfermedad de tiroides
- Diabetes tipo II
- Otro: _____

Condiciones gastrointestinales-intestinales, dentales y bucales

- Enfermedad celíaca Enfermedad de Crohn/Colitis
- Intolerancia a la lactosa Reflujo gastroesofágico
- Intestino irritable Enfermedad del hígado
- Condición bucal Condición Dental
- Otro: _____

Piel y tejido subcutáneo

- Dermatitis de contacto Eczema
- Otro: _____

Sistema nervioso

- Autismo
- Lesión cerebral traumática
- Parálisis cerebral
- Discapacidad del desarrollo
- Migrañas
- Dolores de cabeza
- Condición sensorial
- Parálisis
- Discapacidad del habla
- Catéter
- Lesión de la médula espinal
- Espina bífida
- TDAH/TDA diagnosticado
- Convulsión cerebral reciente Fecha de la convulsión cerebral: _____

Convulsión cerebral diagnosticada por: _____

Otro: _____

Condición de salud mental o comportamiento

- Desorden del sueño
- Ansiedad
- Otro: _____
- Depresión

Respiratoria

- Enfermedad reactiva de las vías respiratorias
- Otro: _____

Tejido musculoesquelético y conectivo

- Artritis reumatoide juvenil
- Distrofia muscular
- Otro: _____

Renal y Genitourinario

- Tracto Urinario Crónico
- Dismenorrea (períodos dolorosos)
- Incontinencia por infección
- Otro: _____

Neoplasia (Cáncer/Tumores)

Por favor explique: _____

Ojo/Oído

- Discapacitados visuales
- Usa anteojos/lentes de contacto
- Personas con discapacidad auditiva
- Usa audífonos
- Infecciones crónicas del oído
- Otro: _____

MEDICAMENTOS: (Por favor informe todos los medicamentos que su estudiante toma tanto en casa como en la escuela)

¿Se necesitan medicamentos en casa? ¿Se necesitan medicamentos en la escuela? Sí No

Por favor enumere: _____

Medicamento en la escuela? Sí No

Por favor enumere: _____

La ley estatal requiere un permiso por escrito del padre/tutor y de un proveedor de atención médica autorizado antes de que se pueda tomar cualquier medicamento, recetado o de venta libre, en la escuela. Los formularios están disponibles en las salas de salud de la escuela, la oficina de la escuela o en el sitio web de las Escuelas Públicas de Arlington en: www.asd.wednet.edu/for_parents/district_forms.

Si no se puede contactar al padre/tutor o al contacto de emergencia autorizado en el momento de una emergencia médica, y si la atención inmediata es urgente a juicio de las autoridades escolares, autorizo y ordeno a las autoridades escolares que envíen al estudiante al hospital o al médico más cercano, accesible. Entiendo que asumiré la responsabilidad total por el pago de cualquier servicio prestado. Entiendo que la información proporcionada anteriormente se compartirá con el personal escolar apropiado que necesita saberla para garantizar la salud y seguridad de mi estudiante.

Doy permiso a la escuela de mi hijo para agregar información sobre vacunas al Sistema de información de vacunas para ayudar a la escuela a mantener el registro de mi hijo.

Nombre del Padre de Familia / Guardian Firma del Padre / Tutor Fecha

Nombre del Padre de Familia / Guardian Firma del Padre / Tutor Fecha