



# Información de Salud/Emergencia

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Apellido, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre)

**Condiciones de Salud:** \_\_\_ No preocupaciones \_\_\_ No medicamentos y/o procedimientos de salud en la escuela

**(Pase a la parte de atraz si no necesita compartir más información.)**

<input type="checkbox"/> Alergias - Tipo(s) Especifico(s) _____	<input type="checkbox"/> ADHD - Tipo ____ Desatento ____ Hiperactivo ____ Combinación	<input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones - Tipo _____
<input type="checkbox"/> Asthma - Tipo/Que lo Provoca _____	<input type="checkbox"/> Oído/Preocupación con la Audición _____ audifono(s)/aparato	<input type="checkbox"/> Ojos/Preocupación con la Visión _____ lentes correctivos
<input type="checkbox"/> Diabetes ____Tipo 1 ____Tipo 2	<input type="checkbox"/> Alergia de Comida - Especificar _____	<input type="checkbox"/> Intolerancia de la Comida - Especifique _____

- \_\_\_ Mi niño-a tiene un Plan de Acción actual de Anafilaxia. \_\_\_ Esto está adjunto.
- \_\_\_ Mi niño-a tiene un Plan de Acción actual de Asthma \_\_\_\_ Esto está adjunto.
- \_\_\_ Mi niño-a tiene un Plan Médico/Tratamiento de Diabetes. \_\_\_ Esto está adjunto.
- \_\_\_ Mi niño-a tiene un Plan de Acción actual para Convulsiones. \_\_\_ Esto está adjunto.

Comentarios adicionales de cualquier preocupación de salud indicados en la parte de arriba o que no se encuentren en la lista:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_ Mi niño-a tiene restricciones de actividades a largo plazo. \_\_\_ Una nota del proveedor de salud está adjunta.

### **Procedimiento**

\_\_\_ Mi niño-a necesita el(los) siguiente(s) procedimiento(s) realizados durante el día escolar.

**Se requiere un Formulario de Consentimiento de Procedimiento de Atención Médica para cada procedimiento no indicado en los planes de acción enumerados anteriormente. Un formulario de consentimiento para el procedimiento de atención médica está disponible en el sitio web de RPS: Familias> Recursos familiares> Servicios de salud.**

### **Medicamento**

\_\_\_ Mi niño-a toma el(los) siguiente medicamento(s) durante el día escolar -medicamento (s)/razone(s): \_\_\_\_\_

\_\_\_ Mi niño-a toma el(los) siguiente(s) medicamentos en casa - (medicamentos (s)/razon(es): \_\_\_\_\_

**Se necesitará un Formulario de Consentimiento de Administración de Medicamentos para cada medicamento. El formulario está disponible en el sitio web de RPS en Familias> Recursos familiares> Servicios de salud. (Un recetador autorizado puede enviar el consentimiento de medicamentos en lugar de este formulario, siempre que se incluya toda la información requerida. También se requiere la autorización del padre / representante).**

\_\_\_ Mi hijo-a tiene la autorización de un medico autorizado para llevar y auto-administrarse, si es posible el siguiente medicamento(s): \_\_\_\_\_

**Formulario de Consentimiento del Médico Administrador será necesaria para cada medicamento.**

\_\_\_ Mi hijo-a está en la escuela secundaria y tiene permiso para llevar/administrar el siguiente medicamento para aliviar el dolor(es) de manera consistente con la etiqueta del producto \_\_\_\_\_

**Note: El Distrito puede revocar el privilegio de un estudiante de poseer y usar analgésicos sin receta si el distrito determina que el estudiante está abusando del privilegio. Mi hijo comprende el uso, la acción prevista y los posibles efectos secundarios de los medicamentos. La firma del padre / tutor sirve como consentimiento.**

\_\_\_ Mi hijo ha recibido una o más vacunas en el último año. (Listar o adjuntar) \_\_\_\_\_  
\_\_\_ Mi hijo tuvo esta enfermedad, lesión, cirugía, hospitalización en el último año: \_\_\_\_\_

**En caso de enfermedad o lesión en la que se considera que un estudiante no puede continuar el día en la escuela, se contactará a un padre/Representante/persona de emergencia designada. Los estudiantes no serán enviados a casa por su cuenta sin el permiso de los padres/representantes. Si necesita la asistencia del personal de primeros auxilios y se determina que un estudiante requiere transporte a un centro médico sin demora, se notificará a los padres/representantes.**

**Entiendo que esta información se compartirá en base a la necesidad de saber/derecho a saber con el personal de la escuela para proteger la salud y la seguridad de mi hijo.**

**Si a su hijo se le diagnostica una condición de salud física y / o mental, su hijo puede ser elegible para un Plan de la Sección 504 que contenga adaptaciones, modificaciones o servicios. Si desea reunirse o tener una conferencia telefónica para dialogar un posible Plan 504 para su hijo, comuníquese con la escuela de su hijo.**

Firma del Padre/Representante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Representante: _____	Relación con el estudiante _____	
Telefono 1 _____	Telefono 2 _____	Telefono 3 _____
Celular Casa Trabajo (Marque uno)	Celular Casa Trabajo (Marque uno)	Celular Casa Work (Marque uno)
Correo Electronico _____		

Nombre del Padre/Representante: _____	Relación con el estudiante _____	
Teléfono 1 _____	Teléfono 2 _____	Teléfono 3 _____
Celular Casa Trabajo (Marque uno)	Celular Casa Trabajo (Marque uno)	Celular Casa Trabajo (Marque uno)
Correo Electronico _____		

Nombre del Contacto de Emergencia 1: _____	Relación con el estudiante _____	
Telefono 1 _____	Telefono 2 _____	Telefono 3 _____
Celular Casa Trabajo (Marque uno)	Celular Casa Trabajo (Marque uno)	Celular Casa Trabajo (Marque uno)
E-mail _____		

Nombre del Contacto de Emergencia 2: _____	Relación con el estudiante _____	
Telefono 1 _____	Telefono 2 _____	Telefono 3 _____
Celular Casa Trabajo (Marque uno)	Celular Casa Trabajo (Marque uno)	Celular Casa Trabajo (Marque uno)
Correo Electronico _____		