



Historia de Salud del Alumno

Nombre del Alumno: _____

FDN: _____

Maestro/a: _____

Escuela: _____

¿Utiliza el autobús de CVUSD?: Si No

¿Asiste a EDP?: Si No

Medicamentos en la Escuela

Todo alumno que deba tomar medicamentos durante el día escolar debe tener una orden médica válida archivada en la Oficina de Salud. El padre/tutor debe proporcionar el/los medicamento(s) en el/los envase(s) recetado(s) que esté(n) etiquetado(s) con el nombre del estudiante, el nombre del médico que lo recetó, la dosis, las horas en que se debe administrar y los dispositivos de control (si son necesarios) y confirmar que los envases de los medicamentos estén etiquetados de manera que concuerden con la orden escrita del médico. El padre/tutor debe notificar a la enfermera del distrito o a otro personal escolar designado si se produce un cambio en la medicación del alumno, en su estado de salud o en el proveedor de servicios de salud autorizado.

Información Específica del Alumno

Seleccione cualquiera de las cajas que apliquen:

Mi hijo/a necesita medicación durante el día escolar:

Nombre del medicamento: _____ Razón: _____

Alergias: Seleccione todo lo que corresponda.

Alergias ambientales:(Ejem: Polvo/Polen) Describa: _____

Alergias a alimentos:

Anote los alimentos: _____

Anote los síntomas: _____

EpiPen recetado: Si No Antihistamínico Si No

Reacción alérgica a la picadura de un insecto:

Anote los insectos: _____

Anote los síntomas: _____

EpiPen recetado: Si No Antihistamínico Si No

Látex:

Anote los síntomas: _____

EpiPen recetado: Si No Antihistamínico Si No

Medicación: (Ejem: alergia a Amoxicillin) Nombre del medicamento: _____

Asma: ¿Necesita inhalador en la escuela? Si No

Trastorno de Déficit de Atención/Hiperactividad: ADHD ADD

Diabetes: Tipo I/ Dependiente de insulina Tipo II Hipoglucémico

Dificultad auditiva: Usa dispositivo de audición asistida Oreja Derecha Oreja Izquierda

Condición del corazón: Restricciones de actividades Si No Marcapasos Si No

Discapacidad visual: Usa lentes Usa lentes de contacto

Convulsiones: Frecuencia: _____ Describa: _____

Medicación anticonvulsiva de urgencia prescrita: Si No Si es así, nombre del medicamento: _____

VNS (Estimulación del nervio vago) Si No Si es así, local: _____

Cáncer: ¿Actualmente recibiendo tratamiento? Si No

Traqueotomía

Traumatismo craneal grave Edad: _____ Describa: _____

Anemia de Células Falciformes

Derivación: Lugar: _____

Cateterismo Urinario: Tipo: _____ Frecuencia: _____

- Tubo de alimentación: Tipo: _____ Pompa: Si No
- Impedimento de movilidad: Silla de ruedas Andadera Otro/Limitaciones: _____

Anote cualquier otra información de salud que quiera que la Enfermera Escolar tenga conocimiento: _____

Entiendo que para proveer el ambiente más seguro posible y el programa educativo más completo para mi hijo/a, la escuela necesita ser informada de cualquier condición médica o de salud que pueda afectar el día escolar de mi hijo/a o impactar su aprendizaje. Entiendo que los medicamentos de cualquier tipo (es decir, Tylenol, pastillas para la tos, gotas para los ojos, spray nasal) no están permitidos en la escuela sin una orden médica válida en el archivo. Entiendo que el personal de la escuela, incluyendo la enfermera de la escuela, NO PUEDE administrar o ayudar con cualquier medicamento sin la orden válida del médico en el archivo. Entiendo que para la seguridad de mi hijo/a, la Enfermera de la Escuela puede necesitar compartir información sobre la condición de salud de mi hijo/a con el personal apropiado de la escuela. Esto se hará de manera confidencial de acuerdo con la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA, por sus siglas en inglés). Si no deseo que se comparta la información, debo solicitarlo por escrito y enviar la solicitud a la Enfermera Escolar.

Firma: _____ Relación: _____ Fecha: _____