

**INFORMACIÓN SANITARIA ANUAL DEL ESTUDIANTE DE  
LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CONDADO DE  
EFFINGHAM  
~ CONFIDENCIAL ~**

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Maestra tutora \_\_\_\_\_

**PARTE I: Estado de salud del estudiante ~ PROBLEMAS DE SALUD CRÓNICOS**

Si su hijo tiene un problema de salud crónico (como asma, diabetes, convulsiones, alergias severas, etc.) usted **DEBE** presentar un Plan de Acción firmado por el médico del estudiante al comienzo de cada año escolar. De no proporcionar estas órdenes médicas necesarias al final de la segunda semana de escuela, su hijo será expulsado.

**¿Su hijo padece de ALGUNA de los siguientes problemas de salud CRÓNICO/SEVERO?:**

Asma  Sí Medicación que toma \_\_\_\_\_

Alergias severas (No estacionales)  Sí Es alérgico a: \_\_\_\_\_ Le recetan Epipen \_\_\_\_\_

Diabetes  Sí Medicina/dosis: \_\_\_\_\_

Convulsiones  Sí Tipo de convulsión y medicación que toma: \_\_\_\_\_

ADD/ADHD  Sí Medicación que toma \_\_\_\_\_

Por otros problemas/trastornos, por favor marque a continuación e incluya una explicación en los renglones que se encuentran al dorso del formulario:

	Sí	No
Problemas/Insuficiencias cardíacos		
Anemia (incluya las células falciformes)		
Artritis		
Lesión o problema en la espalda/cuello		
Trastorno sanguíneo/de coagulación		
Cáncer/Leucemia		
Restricciones dietarias		
Lesiones en la cabeza/contusión		

	Sí	No
Cirugía		
Actividades restringidas		
Discapacidad física		
Mononucleosis		
Problemas de visión (explique la corrección más abajo)		
Problemas de audición (explique la corrección más abajo)		
Otro (explique debajo o al dorso)		

*Incluya detalles de todas las opciones marcadas como SI*

**PARTE II: TODAS las medicaciones actuales**

¿El estudiante toma **ALGUNA** medicación (recetada o de venta libre (OTC))? \_\_\_\_\_

¿La medicación debe tomarse en horario escolar?  Sí  No

*De ser así, consiga el permiso necesario para entregárselo a la enfermera escolar.*

Lista: Incluya la dosis de medicación, el motivo y la frecuencia. \_\_\_\_\_

Sí  No **CONSENTIMIENTO PARA CONTACTARSE CON EL MÉDICO:** La enfermera escolar tiene permiso para contactarse con el médico de mi hijo si es médicamente necesario.

- \* Entiendo que, para proporcionarle el entorno más seguro posible y el programa educativo más completo a mi hijo, la escuela debe ser informada de todo problema de salud o médico que pudiera afectar la jornada escolar de mi hijo o incidir en su aprendizaje.
- \* Entiendo que no se admiten los medicamentos de ningún tipo en la propiedad de la escuela sin autorización médica pertinente registrada y que deben ser presentados a la escuela por el padre/adulto.
- \* Entiendo que el personal escolar, incluida la enfermera **NO PUEDEN** suministrarle ni atender con ninguna medicación sin autorización médica pertinente registrada.
- \* Entiendo que, por la seguridad de mi hijo, o para impartirle el programa educativo, la enfermera escolar podría necesitar entregarle información sobre el problema de salud de mi hijo al personal escolar pertinente. Esto se realizará de manera confidencial. Si no deseo que esa información sea proporcionada, debo solicitarlo por escrito y entregárselo a la enfermera escolar.

Padre/tutor Firma \_\_\_\_\_

No. de teléfono \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_