



INFORMACIÓN DE SALUD

SPANISH

Llenen este formulario todos los años para informarnos cualquier problema de salud que tenga su hijo que pudiera afectar su día lectivo.

Es necesario llenar este formulario para que la enfermera de salud pública (PHN) tenga conocimiento de la salud de su hijo y se pueda tener un plan para atender las necesidades de salud de su hijo que pudieran afectar su día lectivo. La información solamente se comparte con el personal escolar correspondiente, según se estime necesario. La información de este formulario está protegida por la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA) como parte del expediente educacional del alumno y está guardada en un lugar seguro en la enfermería. Para notificar algún cambio en la salud de su hijo durante el año escolar o si tiene preguntas con respecto a este formulario, hable con la enfermera de salud pública por medio de la enfermería de la escuela a la que asiste su hijo. Hable con el personal de la oficina principal de la escuela de su hijo y pida que lo comuniquen con la enfermería.

Sección A: Datos personales

Nombre del alumno: Apellido		Primer nombre		Segundo nombre	Fecha de nacimiento
Año escolar	Nombre de la escuela	Grado	Profesor	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Nombre del padre, madre o tutor legal		Teléfono de la casa	Teléfono celular		Teléfono del trabajo
Nombre del padre, madre o tutor legal		Teléfono de la casa	Teléfono celular		Teléfono del trabajo

Sección B: Problemas de salud de alto riesgo

¿Sufre su hijo de algún problema de salud que pone en alto riesgo su vida, como uno de los siguientes?

Diabetes, Tipo 1 Convulsiones que requieren medicamentos de acción rápida Alergia que requiere epinefrina Asma severa

Sección C: Problemas actuales de salud

Problema de salud	Marque si es Sí	Comentarios
ADD/ADHD		Diagnóstico médico: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Bajo tratamiento: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Allergias		NOTA: Las alergias a medicamentos se listan SOLO en el Formulario de Información de Emergencia
• Alimentos		Alimentos _____ Epinefrina <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es sí, escriba la fecha en que se recibió _____
• Intolerancia alimentaria		Alimentos _____ Trastornos gastrointestinales/digestivos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Restricción o preferencia alimentaria <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
• Picadas de abeja-síntomas aparte de enrojecimiento e hinchazón local		Epinefrina <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió Sí, escriba la fecha en que se recibió _____
• Latex		
Ansiedad		Diagnóstico médico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Bajo tratamiento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Trastornos de la sangre		
Cáncer		El sistema inmunológico actual es muy débil <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas de salud dental/bucal		
Depresión		Diagnóstico médico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Bajo tratamiento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Diabetes		Método de administración de insulina: <input type="checkbox"/> Jeringa <input type="checkbox"/> Pluma de insulina - Pens <input type="checkbox"/> Bomba de insulina
Trastornos alimentarios		Diagnóstico médico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Bajo tratamiento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas cardíacos		
Trastornos renales o del tracto urinario		
Migrañas		

INFORMACIÓN DE SALUD

Llenen este formulario todos los años para informarnos sobre cualquier problema de salud que tenga su hijo que podría afectar su día lectivo.

Apellido	Primer nombre	Fecha de nacimiento
Sección C: Problema actual de salud - Continuación		
Problemas de Salud	Marque si es Sí	Comentarios
Problemas Musculares /óseos/articulaciones		
Respiratorias		Qué lo provoca: <input type="checkbox"/> Ejercicio <input type="checkbox"/> Medio ambiente <input type="checkbox"/> Otro _____
• Asma		Número de visitas a la Sala de Emergencia (ER) en el último año calendario:
• Fibrosis cística		
• Enfermedad pulmonar (aparte del asma)	Tipo	Fecha del último episodio
Trastornos convulsivos y neurológicos		
Problema de la piel	<input type="checkbox"/> Eczema <input type="checkbox"/> Otro _____	
Problemas estomacales/Colon (Síndrome del colon irritable-IBS, enfermedad de Crohn's, etc.)		
Otros problemas de salud		
Problemas de la visión:	<input type="checkbox"/> Contactos/anteojos <input type="checkbox"/> No tiene corrección <input type="checkbox"/> Otro _____	
Problemas de la audición:	<input type="checkbox"/> Audífono(s) <input type="checkbox"/> Otro _____	
Section D. Procedimientos de salud a seguir		
Si su hijo tiene algún problema de salud, ¿requiere su hijo de algún procedimiento de salud o necesita algún equipo especial durante el día lectivo?		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió Sí, por favor explique _____		
Los padres o el tutor legal son responsables de proporcionar a la escuela cualquier medicamento, comida especial o equipo que el alumno pueda necesitar durante el día lectivo. Los formularios para medicamentos, autorización para procedimientos y para Educación Física pueden encontrarse en https://www.fcps.edu/registration/forms o los pueden obtener en la enfermería de la escuela.		
Consentimiento de los padres: Acepto que el médico de mi hijo comparta la información contenida en este formulario con el personal de FCPS y con la enfermera de salud pública. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Nombre del médico _____		Teléfono del médico _____
Nombre del padre/la madre o tutor legal (imprenta o a máquina) _____		Firma del padre/la madre o tutor legal _____
		Fecha _____
Public Health Nurse Use Only Below this Line		
<input type="checkbox"/> HIF Reviewed <input type="checkbox"/> Follow Protocol <input type="checkbox"/> Health Conditions List (Medical Flag) <input type="checkbox"/> Action Plan/Health Plan or Procedure (SH Care Emerg.-Temp. Care Guidelines)		
Notes		
Public Health Nurse Name _____		Public Health Nurse Signature _____
		Date _____