



2020-2021 Información Confidencial para la Enfermera Estudiantil

Esta información ayudará al personal de la escuela a planificar las necesidades de su hijo y su seguridad en la escuela. Si su hijo/a tiene una condición de salud grave, por favor comuníquese con la enfermera de la escuela inmediatamente por medio de la secretaria de su escuela.

Nombre del Estudiante: Fecha de Nacimiento:

Nombres de los Representantes: Teléfono:

Nivel de Grado: Preescolar TK/Kinder Estudiante nuevo Grado:

Mi niño/a no tiene ninguna condición de salud Firma del Representante: Fecha:

Asma: Severa Moderada Causas:

Medicamentos:

Alergias: Anafilaxia: Epipen Severa Moderada Causas:

Síntomas:

Tratamiento/Medicamento:

Episodio más reciente:

Diabetes: Tipo 1 Tipo 2 insulina en la escuela inyección/pluma bomba Independiente en el cuidado

Notas:

Convulsiones: Historia: Edad del primer incidente: Tipo:

Tratamiento:

Trastorno convulsivo actual: Tipo: Frecuencia:

Ataque más reciente:

Tratamiento/Medicamento:

Medicamento*: Nombre: Tomado en la escuela Tomado en casa

Se requiere un formulario de autorización de medicamentos de la escuela completado por un padre y un médico para CUALQUIER medicamento (incluso medicamentos de venta libre) para tomar en la escuela (formulario disponible en la oficina).

Usa lentes: Sí No Notas:

Pérdida de audición / preocupaciones: Sí No Notas:

Otro: Por favor describa cualquier condición de salud, no especificada arriba, que puede ayudar al personal de la escuela en la planificación de las necesidades de su hijo y para proveerle primeros auxilios, como por ejemplo efectos secundarios de cualquier medicina, uso de audífonos, aparatos ortopédicos, yesos temporales etc.

Sí No Doy mi permiso para que el personal de la escuela discuta las condiciones/medicamentos indicados aquí con el médico(s) cual nombre aparece en la Tarjeta de Información de Emergencia.

Firma del Representante

Fecha

Firma de Enfermera

Fecha