



# SAN LUIS COASTAL

## UNIFIED SCHOOL DISTRICT

### 2021-2022 Información Confidencial para la Enfermera Estudiantil

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombres de los Representantes: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Preescolar  TK/Kinder  Estudiante nuevo, Grado: \_\_\_\_\_

**Usa lentes:**  Sí  No Razón (miope, hipermetrope, astigmatismo): \_\_\_\_\_

**Pérdida de audición/preocupaciones:**  Sí  No Notas: \_\_\_\_\_

Mi niño/a tiene una condición de salud  No (**ALTO AQUÍ**) Firma del Representante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Sí, Por favor de completar el resto del formulario

**Asma:**  Severa  Moderada Causas: \_\_\_\_\_

Medicamentos\*: \_\_\_\_\_  Tomado en la escuela  Tomado en casa

**Alergias:**  Anafilaxia/Epipen  Severa  Moderada Causas: \_\_\_\_\_

Síntomas: \_\_\_\_\_

Medicamentos\*: \_\_\_\_\_  Tomado en la escuela  Tomado en casa

La fecha del episodio más reciente: \_\_\_\_\_  No aplica

**Diabetes:**  Tipo 1  Inyección/Pluma  Bomba  MCG  Independiente en el cuidado

Tipo 2 Medicamentos\*: \_\_\_\_\_  Tomado en la escuela  Tomado en casa

*(Se requieren órdenes escolares del médico antes de que el personal escolar participe en el cuidado de la diabetes.)*

**Convulsiones:** **Historia** Edad del primer incidente: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_ Tratamiento: \_\_\_\_\_

**Trastorno convulsivo actual** Tipo: \_\_\_\_\_ La fecha del ataque más reciente: \_\_\_\_\_

Medicamentos\*: \_\_\_\_\_  Tomado en la escuela  Tomado en casa

Estimulador del nervio vago

**Otras condiciones de salud:** \_\_\_\_\_

**Medicamentos\*:** \_\_\_\_\_  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).*

Firma del Representante

Fecha

Firma de Enfermera

Fecha