

PARA USO OFICIAL Completed medication orders Medical supplies received Medications received Student ID _____

Nombre del Estudiante _____ Sexo _____ Fecha de Nacimiento _____
Escuela _____ Grado _____

Esta información es necesaria para planear un programa apropiado para su estudiante y prepararnos para cualquier situación de emergencia si se produjese una. La enfermera de su escuela se comunicará con usted si tiene algunas preguntas adicionales. Esta forma debe ser completada por el padre/guardián. * La ley requiere que cualquier condición que amenaza la vida tales como anafilaxia (alergia), asma, diabetes, o convulsiones deben tener un plan completo, orden de medicamento completo, suministros médicos, y medicamentos deben ser entregados a la escuela antes del primer día de escuela. Por favor comuníquese con la enfermera de la escuela lo más pronto posible para asegurarse que los papeles están completos.

No tiene problemas de salud en este momento (Por favor firme)

Historial Médico (Indique todo lo que aplica)

Condiciones de Salud que Amenazan la Vida

- *Hemofilia
 - *Condición Anafiláctica (epi-pen)
 - *Alergias
 - *Diabetes Tipo I
 - *Convulsiones
 - *Asma
- *Asma Ligera Moderada Severa Provocado por Ejercicio

Uso de un inhalador en la escuela por cualquier razón (por favor comuníquese con la enfermera para el plan de cuidado)

*Condición Cardíaca _____

Condición Congénita (explique) _____

Hematología (Sangre)

- Anemia de células falciformes
- Otra condición en la sangre

Cardiovascular/Condiciones del Corazón

Por favor liste _____

Endocrina, Alergia Sistema Inmune

- Alergia comida
- Alergia a Insectos

Otras alergias _____

- Fibrosis Quística
- Diabetes Tipo II
- Trastorno Alimentario
- Trastorno de la Tiroides

Otros trastornos del sistema endocrino, inmune, o metabolismo

Describe _____

Condiciones Gastro-Intestinal, Dental & Oral

- Enfermedad celiaca
- Intolerancia a Lactosa
- Crohns
- Reflujo Gastroesofágico
- Síndrome del Intestino Irritado

Otro _____

- Enfermedad del Hígado
- Condición Dental
- Condición Oral

Piel y Tejido Subcutáneo

Dermatitis de Contacto Otro _____

MEDICAMENTOS: (Por favor reporte todos los medicamentos que su estudiante toma en la casa y en la escuela)

Necesita medicamento en la casa? No Sí Por favor liste _____

Necesita medicamento en la escuela? No Sí Por favor liste _____

Por ley el estado requiere un permiso por escrito del padre/guardián y del doctor antes de cualquier prescripción o medicamento de venta libre que se pueda llevar a la escuela. Las formas están disponibles en la enfermería, en la oficina de la escuela o en el sitio Web del Distrito Escolar de Arlington asd.wednet.edu

Si el padre/guardián o la persona autorizada en caso de emergencia no puede ser contactado(a) al momento de una emergencia médica, y si una atención inmediata de cuidado es urgente a juicio de las autoridades escolares, yo autorizo directamente a las autoridades de la escuela enviar al estudiante al hospital o con el doctor más cercano. Yo entiendo que asumiré toda la responsabilidad por el pago de los servicios prestados. Yo entiendo que la información mencionada arriba será compartida apropiadamente con el personal de la escuela que necesita saberlo para garantizar la salud y la seguridad de mi estudiante.

Firma del Padre/ Guardián _____ Fecha _____

Sistema Nervioso

- Síndrome Asperger
- Autismo

ADHD/ADD diagnosticado por _____

- Parálisis Cerebral
- Retraso del Desarrollo
- Migrañas Dolor de Cabeza Shunt (paso de fluidos)
- Discapacidad Intelectual
- Parálisis

Otro _____

- Condición Sensorial
- Espina Bífida
- Lesión de la Médula Espinal
- Lesión Cerebral Traumática
- Trastorno del Habla

Condición de la Salud Mental o del Comportamiento

- Trastorno del Sueño
- Síndrome de Tourette (movimientos involuntarios)

Otro _____

Respiratoria

- Enfermedad reactiva de las vías respiratorias
- Otro _____

Musculoesquelético & Tejido Conectivo

- Artritis Reumatoide Juvenil
- Distrofia Muscular
- Osgood-Schlatter (osteocondrosis)
- Escoliosis

Otro _____

Renal & Genitourinarias

- Infección Crónica del Tracto Urinario
- Dismenorrea (período doloroso menstrual)

Otro _____

Neoplasias (Cáncer/Tumores)

Por favor liste _____

Ojo y Oído

- Infecciones Crónicas de Oído
- Discapacidad Auditiva
- Discapacidad Visual
- Usa Aparato Auditivo
- Usa lentes