

CLOVIS MUNICIPAL SCHOOLS INFORMACION DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Gracias por completar el formulario **Información de Salud del Estudiante**.

- El personal de los Servicios de Salud de las Escuelas Municipales de Clovis hace todo lo posible para mantener el personal de la escuela informado de los problemas de salud específicos de nuestros estudiantes individuales.
- Cuando esta información se proporciona a los miembros de personal, es con la comprensión que es **confidencial** y **previsto solamente con el fin de dar al personal las herramientas y la información necesarias para ocuparse de problemas de salud de agudo/emergencia y crónicas, si se presentan durante las horas de escuela.**
- La información medica/de salud de su niño se compartirá solamente con el personal de la escuela que necesita saber para poder ayudar y a asegurar la salud y la seguridad de su niño.

Nombre de Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo ____ Escuela _____

Preguntas de Salud General	Sí	No	Comentario Si es "Sí" y fecha de ocurrencia
¿El estudiante ha estado bajo el cuidado de un medico en los últimos 12 meses?			
¿El estudiante ha estado hospitalizado en los últimos 12 meses?			
¿El estudiante ha tenido cirugías?			
¿Le faltan órganos al estudiante? (ojo, riñón, testículo, etc.)			
¿El estudiante ha tenido dolor de pecho durante o después de ejercicio?			
¿Tiene el estudiante problemas de respiración o tos durante o después de actividad?			
Condición	Sí	No	Comentario Si es "Sí" y fecha de ocurrencia
Anemia			
Alergias (comida, insectos, medicinas, látex)			
Alergias/Fiebre del Heno (temporada)			
Asma			
Desorden de déficit de atención/hiperactividad			
Problemas de comportamiento			
Problemas de la vejiga			
Problemas de sangre			
Problemas de intestino			
Frenos/otros aparatos ortodónticos			
Cáncer			
Parálisis cerebral			
Varicela/Viruela			
Fibrosis quística			
Problemas dentales			
Problemas de desarrollo			
Diabetes			
Infecciones de oído (frecuente)			
Eccema			
Lentes o lentes de contacto			
Herida al cráneo o espina dorsal			
Dolores de cabeza (frecuente)			
Aparato Auditivo(s)			
Problemas auditivas o ensordecimiento			
Problemas de corazón			
Palpitación rápida o arritmia			
Hemofilia			
Hepatitis			

Condición	Sí	No	Comentario Si es "Sí" y fecha de ocurrencia
Hernia			
Alta presión			
Salpullidos			
Hipoglicemia			
Problemas de riñón			
Síndrome Marfán			
Migrañas			
Mononucleosis			
Distrofia muscular			
Problemas musculares			
Fiebre Reumática			
Salpullido recurrente			
Convulsiones			
Enfermedad Célula Falciforme			
Problemas de piel			
Fractura del Cráneo			
Problemas de lenguaje			
Problemas de estomago			
Problemas de tiroideo			
Tuberculosis			
Problemas de Vista			
Otro			

Apunte todas las prescripciones y medicinas legales que su niño toma regularmente:

Describe cualquier otra información importante y relativa a salud sobre su niño (es decir tubos de alimentación, terapia de oxígeno, cateterizaciones, etc.):

Pediatra del Estudiante o Medico Primario:	Especialistas Medicales o Clínicas de Especialidad cuidando al estudiante:
El estudiante ha visto un Dentista? Sí No (circule uno)	Nombre de Dentista: Fecha de la ultima cita:

Para los Padres/ Guardianes Legal del Estudiante

La información en este formulario es actual y correcta al mejor de mi conocimiento. Entiendo que si el estado medico de mi niño(a) cambia de cualquier manera significativa, **notificare a la enfermera de la escuela inmediatamente del cambio.** También entiendo que la informaron de salud/y medica de mi niño se puede compartir con otros miembros de la escuela para asegurar la salud y seguridad del niño mientras que este en la escuela.

Firmando abajo, estoy conviniendo las declaraciones antedichas.

Firma de Padre/Guardián Legal:	Fecha:
---------------------------------------	---------------

For Nursing Use Only:

Action Plan Received IHP Emergency Response Plan 504 Plan Medication Forms