



**INFORMATION DE SALUD DEL ESTUDIANTE 2020/21**

La siguiente informacion es para ayudar al personal escolar a entender los problemas de salud que puedan afectar a la seguridad o el aprendizaje de su hijo.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_  
Nombre Segundo Nombre Apellido  
Fecha del Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
Nombre del parre/tudor(s): \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_  
Telefono durante el dia: #1 \_\_\_\_\_ #2 \_\_\_\_\_

**Las condiciones de salud:**

Mi hijo no tiene problemas de salud conocidos.

**Por favor, coloque una X en todas las condiciones actuales de salud activos que preden afectar a su estudiante en la escuela:**

\_\_\_ Asma  necesitara inhalador en la escuela  visto el un hospital/sala de urgencias por asma? Cuando?  
\_\_\_ Alergia a:  Alimentos  Abejas/insectos  plantas  Animales  Drogas  Alergia grave que requiere Epi-pen?  
\_\_\_ Diabetes  require la inyeccion de insulina  
\_\_\_ Convulsiones disorder \_\_\_ Condicion del corazon

**Son algunas de las condiciones marcadas por encima de la vida amenazando?  No  Si \*Cual de las siguientes condiciones?**

**\* En caso afirmativo, se requiere una reunion con la enfermera de la escuela. Ley de Estado de Washington requiere que los medicamentos o el tratamiento ordines y un plan de atencion de la salud estar en su lugar antes de comenzar la escuela.**

\_\_\_ dolor de cabeza frecuente o severa \_\_\_ comportamiento o problemas emocionales  
\_\_\_ ADD/ADHD

Explicar cualquier problema de salud que usted piensa que deberiamos saber en la escuela:

Su hijo tiene una Perdida auditive conocida?  Si  No Su hijo una lentes/contactos?  Si  No

Realice qualquiera de las condiciones anteriores (s) limitar/afectara a su hijo en la escuela?  No  Si, explique

Su hijo tiene Seguro medico?  Si  No

Nombre del proveedor de cuidado? \_\_\_\_\_ Numero de telefono \_\_\_\_\_

Su hijo tiene cobertura de Seguro dental?  Si  No

Nombre del dentista? \_\_\_\_\_ Numero de telefono \_\_\_\_\_

Quieres ayuda para entontrar un Seguro para su hijo?  Si  No

**AUTORIZACION PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACION DE SALUD** Entiendo que la infomacion proporcionada anteriormente se puede compartir con algunos miembros del personal escolar para velar por la salud y la seguridad de mi hijo.

**EN CASO DE EMERGENCIA, DOY PERMISO PARA PERSONAL DE LA ESCUELA PARA LLAMAR AL 911 TRANSPORTAR A MI HIJO AL MEDICO O AL HOSPITAL.**

Padre/Tutor imprimir luego firmar \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_