

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 _____