2020-21

Omak School District
P.O. 833 Omak WA 98841 (509)826-8531 Fax (509)826-8554

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE SALUD DEL NIÑO
DEBE COMPLETARLO CADA AÑO

La información que se solicita a continuación es para ayudar al personal de la escuela a entender cualquier problema de salud que pueda afectar la seguridad o el aprendizaje de su niño/a.

NOMBRE DEL NIÑO/A: _____ _____ _____
Primer nombre *Segundo nombre* *Apellido*

FECHA DE NACIMIENTO: _____ **Sexo:** _____ **Grado/Maestro:** _____

NOMBRE DE PADRES/TUTORES: _____

NUMERO DE TELEFONO #1_____ **#2**_____ **#3**_____

❒ **Mi niño/a NO TIENE PROBLEMAS DE SALUD**

HISTORIA MÉDICA *Marque si su niño/a tiene algunos de los siguientes problemas de salud:*

____ Asma ❒ ¿Necesitará un inhalador en la escuela? ❒ ¿Fue visto en un hospital/sala de emergencias en los últimos cinco años?
____ ¿Alergias graves que requieran Epi-pen? ❒Alimentos_____❒Abejas/insectos ❒Plantas ❒Animales ❒Medicamentos_____
____ Alergias no graves a: ❒Alimentos_____❒Abejas/insectos ❒Plantas ❒Animales ❒Medicamentos_____Reacción_____
____ Diabetes ❒ requiere inyección de insulina
____ Problemas de convulsiones
____ Enfermedad del corazón
____ Dolores de cabeza frecuentes o muy fuertes
____ Problemas de comportamiento o emocionales
____ ADD/ADHD (trastorno de deficiencia de atención/trastorno de hiperactividad con deficiencia de atención)
____ Otro – explique cualquier problema médico que piense que debemos saber en la escuela.
¿Usa su niño/a algún tipo de audífono? ❒Sí ❒No ¿Anteojos o lentes de contacto? ❒Sí ❒ No Ultimo examen de ojos_____

¿Algunos de los problemas indicados arriba limitan/afectan a su niño/a en la escuela? ❒ No ❒ Sí, explique:

PROBLEMAS DE SALUD CON RIESGO DE VIDA
¿Tiene su niño/a algún problema de salud que ponga en riesgo su vida? ❒ No ❒ Sí ***** Describa:

*** Si responde sí, es necesario tener una reunión con la enfermera de la escuela. Las leyes del estado de Washington exigen que las órdenes de medicamentos o tratamiento y un plan de atención a la salud estén en marcha antes de comenzar la escuela.**

MEDICAMENTOS
¿Toma su niño/a algún medicamento? ❒ No ❒ Sí, nombre del medicamento:
Motivo para tomar el medicamento:
¿Se necesitará el medicamento en la escuela? ❒ No ❒ Sí*
*** Si su niño/a necesita medicamentos en la escuela, póngase en contacto con la escuela por el formulario de "Autorización para medicamentos". Este formulario debe completarse todos los años antes de que se pueda administrar cualquier medicamento en la escuela.**

Medico/Dental/Aseguranza
Nombre de su proveedor de salud _____ Ph:_____
Nombre de su dentista _____Ph:_____
Nombre de su aseguranza_____Número de la póliza_____

Permiso y Autorización para Compartir Información Médica, de Salud, y de Vacunas

- En caso de accidente o enfermedad, entiendo que se harán esfuerzos razonables para contactar a los padres inmediatamente. Sin embargo, si no estoy disponible, autorizo el distrito escolar para buscar atención médica de emergencia cuando sea necesario.
- Entiendo que el distrito escolar no compra o tiene seguro médico/dental/hospitalización para cubrir lesiones o pérdidas de vida de los estudiantes, o para indemnizar a los padres por gastos en conexión con ellos, y que dicho seguro, si lo deseo, debe ser adquirido por el padre o tutor.
- Entiendo que la información de salud proporcionada anteriormente se puede compartir con algunas personas del personal de la escuela para atender la salud y la seguridad de mi niño/a.
- Autorizo a la escuela de mi hijo a agregar información sobre las vacunas en el IIS para ayudar a la escuela a mantener un registro de mi hijo.

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____