**Distrito Escolar de Brewster**

Año escolar: 2020/2021

Grado:

Maestro/a:

**Historia de Salud del Estudiante**

 ***Debe de ser llenado por los padres o guardián***

Nombre del estudiante: Fecha de nacimiento: Sexo: 🞎 Niño 🞎 Niña

🞎 No 🞎 Sí **Usa lentes/Contacto/** Oculista: Fecha del último examen:

🞎 No 🞎 Sí **Aparatos de audición** /Clínica: Fecha del último examen:

**Doctor de cabecera: Dentista: Última visita al dentista:**

|  |
| --- |
| Medicamentos DiariosEl estado requiere por ley RCW 28A.210.260autorización por escrito del médico y de los padres antes de administrar cualquier tipo de medicamento (prescripción u otro) en la escuela. La forma está disponible en la oficina de la escuela. |

🞎 No 🞎 Sí **Medicamento que necesita en la escuela** (especifique):

🞎 No 🞎 Sí **Medicamento que usa en casa** (especifique):

🞎 No 🞎 Sí **Alergias a** (medicamentos):

|  |
| --- |
| **Condiciones Médicas de Alto Riesgo**La ley del estado de Washington requiere que estudiantes con condiciones médicas de alto riesgo para la vida, donde la condición “ponga al niño/a en peligro de muerte durante el día escolar,” tenga órdenes de medicamento/tratamiento y un plan escrito por la enfermera en la escuela ***antes*** de que su hijo/a pueda asistir a la escuela. Hable con la enfermera.  |

Condiciones Médicas de Alto Riesgo para la Vida (Que requiere órdenes del médico) Marque la condición y especifique

🞎 No 🞎 Sí Reacción alérgica severa a nuez (cual):

🞎 No 🞎 Sí **Reacción alérgica severa a la picadura de abejas que requiere medicamento de emergencia:**

🞎 No 🞎 Sí **Otras alergias severas que afecten la asistencia a clases** (especifique):

🞎 No 🞎 Sí **Asma severa: toma medicina con regularidad para condiciones asmáticas y/o ha sido hospitalizado en los**

 **Últimos 5 años por condiciones asmáticas**

🞎 No 🞎 Sí **Diabetes**

🞎 No 🞎 Sí **Convulsiones que requieren medicamento de emergencia:**

**Preocupaciones de Salud: (**que potencialmente sean condiciones médicas de alto riesgo para la vida y que requiere órdenes de medico)

Marque aquello que aplique y explique:

🞎 No 🞎 Sí **Asma: toma medicinas solo cuando es necesario:**

🞎 No 🞎 Sí **Convulsiones: Tipo de convulsión:**  **Fecha de la última convulsión:**

🞎 No 🞎 Sí **Problemas del corazón**:

🞎 No 🞎 Sí **Problemas de comportamiento o emocionales (ADD/ADHD, ansiedad, autismo)**:

🞎 No 🞎 Sí **Otras problemas de salud**:

🞎 No 🞎 Sí **Condiciones crónicas o enfermedades frecuentes:**

🞎 No 🞎 Sí **Historia de conmociones cerebrales:**

**¿Tiene su niño/a algún otro problema médico que podría afectar su desarrollo en el salón de clases o en las actividades de educación física?**

🞎 No 🞎 Sí Explique si marco, Sí:

Esta información es considera confidencial. Será compartida con el personal escolar solo cuando sea necesario, mientras su niño/a este inscrito en el Distrito Escolar de Brewster, para poder asegurar la salud y seguridad de su hijo/a, a menos que usted solicite lo contrario por escrito.

**Firma de Padre:**  **Fecha:**

Número de teléfono de casa: Número celular: