EVERETT PUBLIC SCHOOLS

Historial Médico Anual _____

Revisado por RN
_____
(Para uso oficial solamente)

La escuela está solicitando un nuevo historial médico anual para que sea completado y entregado cada año escolar. La información proporcionada será compartida solo con miembros pertinentes del personal con el fin de garantizar la seguridad del estudiante en la escuela.

Nombre del estudiante: _____ **Fecha de nacimiento**:_____
Apellido(s) Primer nombre Inicial intermedia

Escuela:_____ **Grado**:_____ **ID del Estudiante**_____

Para poder garantizar un entorno seguro en la escuela, se le solicita que informe a la enfermera si su hijo(a) padece de una condición médica que sea mortal (vea lista abajo) ANTES de que su hijo(a) asista a su primer día de clases, en el cual debe tenerse en la escuela ya lista una orden médica vigente, plan de salud y su medicamento con el fin de garantizar un entorno seguro para su estudiante, como es requerido por la ley estatal (WAC 392-380-045).

1. ☐ **NO tiene condiciones médicas o problemas de salud.**

   ☐ **SÍ, tiene las siguientes condiciones médicas o problemas de salud:**

Condiciones de salud mortales:

(Por favor marque el recuadro correspondiente y complete las preguntas que le siguen.)

☐ ***Astma*** ¿Usa su hijo(a) un inhalador de rescate más de una vez por semana? _____
¿Fue su hijo(a) hospitalizado por síntomas de asma el año pasado? _____
¿Usó su hijo(a) esteroides para sus síntomas de asma el año pasado?_____

☐ ***Alergías*** (Por favor marque en el recuadro solamente si son severas y tiene receta de Epinephrine. Ejm. cacahuates, abejas, nueces de árboles, etc.)
Alergénico(s)_____

☐ ***Diabetes*** Fecha en que se diagnosticó:_____ ☐Tipo 1 O ☐Tipo 2 CGM: ☐ Sí ☐ No
☐ Bomba O ☐ nyecciones ☐ e la administra independiente O ☐Necesita asistencia

☐ ***Convulsiones*** Tipo:_____ ¿Con qué frecuencia?:_____
¿Las convulsiones de su hijo(a) requieren de medicamento? _____
¿Requiere su hijo(a) de medicamento de emergencia para convulsiones en la escuela? _____

¿Alguna otra condición médica o problema de salud

que pueda afectar a su hijo en la escuela? (Por ejemplo: Alergias a medicamentos, Trastorno ADHD, ansiedad, encopresis, condiciones cardiacas, migrañas, enfermedad de Crohn, preocupaciones dietéticas, genéticas, historial de conmociones, parálisis cerebral, depresión, PKU, enuresis, trastornos sanguíneos, depresión, etc.) **Por favor anótelos aquí abajo.**

_____

2. **Medicamentos requeridos en la escuela:** (Si su estudiante requiere de medicamento en la escuela, comuníquese con la sala de salud (*health room*) para una orden médica que es requerida por ley RCW 28A.210.260)

Nombre del medicamento	Dósis	Diagnósticos o síntomas que requieren del medicamento

3. **Información de contactos de emergencia:**

Padre/Tutor 1:_____ *Casa:*_____ *Celular:*_____

*Trabajo:*_____*Correo Electrónico:* _____

Madre/Tutor 2: _____ *Teléfono #1:* _____ *Teléfono #2:* _____

Trabajo: _____ *Correo Electrónico:* _____

Contacto de emergencia: _____ *Teléfono #1:*_____ *Teléfono #2:*_____

Proveedor del cuidado a la salud:_____ *Teléfono:*_____ *Fax:*_____

⇨

_____ _____
(Nombre de padres/tutores y firma(s) al completar el formulario) (Fecha de hoy)