

HISTORIAL DE SALUD DEL ESTUDIANTE DE SUSD - EMERGENCIAS MÉDICAS

Apellido del estudiante _____ Nombre _____ # de ID _____ Maestro/Grado _____

LAS TARJETAS DE EMERGENCIA NO SE RETIENEN DE UN AÑO ESCOLAR AL OTRO. La siguiente información se debe completar CADA AÑO ESCOLAR para actualizar los datos del historial de salud de su hijo.

Fecha de nacimiento del estudiante ____/____/____ Sexo (por favor marque): Masculino / Femenino El estudiante vive con (por favor marque): Madre /Padre/ Tutor legal

Madre/Tutora legal _____ Tel. del hogar _____ Tel. del trabajo _____ Tel. Celular _____
 Correo electrónico _____

Padre/Tutor legal _____ Tel. del hogar _____ Tel. del trabajo _____ Tel. Celular _____
 Correo electrónico _____

INFORMACIÓN DEL MÉDICO DEL ESTUDIANTE:

Nombre del médico del estudiante: _____ Número de teléfono: _____

Nombre del dentista: _____ Número de teléfono: _____

Por favor marque **SÍ**, si según el diagnóstico de un médico su hijo padece alguno de los siguientes problemas de salud. EXPLIQUE EN LA SECCIÓN **INFORMACIÓN ADICIONAL DE LA SALUD**

- | | |
|--|---|
| <p>SÍ</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ADD/ADHD <input type="checkbox"/> Alergias a: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Alimentos
Lista: _____ <input type="checkbox"/> Picaduras de insectos <input type="checkbox"/> Látex <input type="checkbox"/> Medicamento(s)
Lista: _____ <input type="checkbox"/> Animales <input type="checkbox"/> Cambios de clima <input type="checkbox"/> Ponen la vida en peligro
Lista: _____ <input type="checkbox"/> Artritis/Reumatismo <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Enfermedad congénita/Problemas del desarrollo <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Varicela (Indique el mes y el año) _____ <input type="checkbox"/> Desorden del tejido conjuntivo <input type="checkbox"/> Fibrosis quística del páncreas | <p>SÍ</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Diabetes - Tipo 1 <input type="checkbox"/> Diabetes - Tipo 2 <input type="checkbox"/> Problemas de alimentación/peso <input type="checkbox"/> Emocionales y/o psiquiátricos (depresión, bipolar) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Problemas de las glándulas endocrinas <input type="checkbox"/> Problemas gastrointestinales <input type="checkbox"/> Problemas del tracto genitourinario <input type="checkbox"/> Problemas de audición/oídos <input type="checkbox"/> Usa audífonos <input type="checkbox"/> Problemas del corazón <input type="checkbox"/> Hemofilia/Factor 8 <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Problemas neurológicos (incluyendo migraña) <input type="checkbox"/> Problemas ortopédicos <input type="checkbox"/> Convulsiones/ataques <input type="checkbox"/> Uso/Abuso de sustancias <input type="checkbox"/> Problemas de la vista <input type="checkbox"/> Lentas/Lentes de Contacto <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
|--|---|

Medicamento(s) y dosis que toma en la casa:

1. _____
2. _____
3. _____

Si su hijo necesita tomar un medicamento recetado por un médico, usted debe proporcionar el medicamento en el envase original de la receta y con el nombre del niño. Si su hijo necesita tomar cualquier otro medicamento que se puede comprar sin receta médica, usted debe proporcionar el medicamento específico, apropiado a la edad del niño y en el envase original sellado. Todo medicamento (con receta y sin receta médica) debe entregarse en la enfermería, por intermedio del padre o tutor legal y además deben llenar el formulario de Registro para Administrar Medicamentos.

Medicamento(s) y dosis que tomará en la escuela:

1. _____
2. _____
3. _____

FOR SCHOOL NURSE

Circle Action Plan Received from parent/guardian

Allergy Asthma Diabetes Seizure Other:

Nurse Note:

*INFORMACIÓN ADICIONAL DE LA SALUD** Cualquier otra información que nos ayude a comprender mejor física o emocionalmente a su hijo: _____

Apellido del estudiante _____ Nombre _____ # de ID _____ Maestro/Grado _____

LA FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA/TUTOR LEGAL EN ESTE DOCUMENTO CONFIRMA LO SIGUIENTE:

La falta de respuesta a cualquiera de las siguientes declaraciones se considerará como un permiso de aprobación:

1. Conocimiento de que el Código de Conducta del Estudiante está disponible para los padres y los estudiantes tanto en las páginas web del Distrito (www.susd.org) y la escuela. Disponemos de copias del Código de Conducta del Estudiante que se pueden solicitar en las escuelas.
2. Los padres/ tutores legales son responsables de actualizar la información de esta tarjeta del historial de salud del estudiante proporcionando la documentación apropiada con cualquier cambio que ocurra.
3. En caso de un accidente o enfermedad y no se pueda obtener autorización para tratamiento médico por parte del padre o del médico personal, la persona que abajo firma, otorga el permiso y asume toda la responsabilidad para que la enfermera o la administración de la escuela solicite asistencia médica de emergencia, incluyendo los servicios de una ambulancia. Reconozco que seré responsable del pago de la ambulancia y cualquier otro gasto de asistencia médica en que se pueda incurrir como resultado de la enfermedad o lesión de mi hijo.
4. Para asegurar el bienestar y la seguridad de mi hijo, la enfermera de la escuela tiene permiso para compartir los problemas de salud de mi hijo con el personal apropiado de la escuela.
5. La inscripción y matrícula para el curso escolar actual no se considerará completa hasta que el padre de familia/tutor legal llene, firme y devuelva la tarjeta de emergencia a la escuela.

CÓDIGO DE CONDUCTA DEL SUSD:

Por intermedio del presente documento reconozco que he leído el Código de Conducta del SUSD y estoy de acuerdo en respetar las reglas y expectativas de su contenido.

FIRMA DEL PADRE/ TUTOR LEGAL (EN TINTA) _____ FECHA _____

ENCUESTA SOBRE LA COMUNICACIÓN CON LOS PADRES:(Estamos obligados a reunir información con respecto a si usted necesita o no los servicios de interpretación y/o traducción. Por favor complete la siguiente encuesta para cada uno de los padres/ tutores legales, sin importar si usted necesita o no los servicios de interpretación o traducción (Ejemplo: Si usted habla inglés, por favor escriba en inglés.)

1. Nombre del Padre/Tutor Legal _____ Idioma Principal: _____

1. Necesito servicios de interpretación en conferencias, reuniones, etc. _____ Sí _____ No _____

2. Podría necesitar traducción de documentos de la escuela y del distrito. _____ Sí _____ No _____

2. Nombre del Padre/Tutor Legal _____ Idioma Principal: _____

1. Necesito servicios de interpretación en conferencias, reuniones, etc. _____ Sí _____ No _____

2. Podría necesitar traducción de documentos de la escuela y del distrito. _____ Sí _____ No _____

POR FAVOR NOTE: Si la encuesta no es pertinente para un segundo padre/ tutor, marque No es pertinente (N/A)

FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA/TUTOR LEGAL (CON TINTA) _____ FECHA _____

FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA/TUTOR LEGAL (CON TINTA) _____ FECHA _____