

# Información Confidencial de Salud de Emergencia

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo M F  
Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ ISN \_\_\_\_\_  
Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Maestro \_\_\_\_\_

**ALERTA PARA PADRES/TUTORES:** Si su hijo tiene una afección de salud que supone riesgo para la vida (alergia grave a picadura de abeja, alergia grave a alimentos, asma grave, diabetes aguda, ataques graves, etc.), la Ley Estatal de Washington SHB 2834 requiere que se presente una orden de medicamento o de tratamiento y un Plan de Cuidado de la Salud antes del primer día de clase de su hijo cada año. Comuníquese de inmediato con la Enfermera de la escuela de su hijo.

**Para brindar un entorno de salud y seguridad para su hijo, las siguientes personas accederán a esta información: Director, enfermera, los maestros de su hijo, secretarias, personal responsable de la cobertura de la sala de salud, y personal de emergencias médicas.**

## A. Historia clínica (marque las que corresponden a su hijo y describa debajo en la sección comentarios)

- |   |  |                                       |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ADHD                           | <input type="checkbox"/> Adrenalina autoinyectable | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad/Depresión             | <input type="checkbox"/> Afección GI               | _____                                 |
| <input type="checkbox"/> Asma                           | <input type="checkbox"/> Trastorno de audición     | _____                                 |
| <input type="checkbox"/> Autismo                        | <input type="checkbox"/> Afección cardíaca         |                                       |
| <input type="checkbox"/> Alergia a la picadura de abeja | <input type="checkbox"/> Hiperventilación          |                                       |
| <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico          | <input type="checkbox"/> Migraña                   | <b>Actividad física:</b>              |
| <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral             | <input type="checkbox"/> Trastorno ortopédico      | <input type="checkbox"/> Limitada     |
| <input type="checkbox"/> Daltonismo                     | <input type="checkbox"/> Convulsiones              | <input type="checkbox"/> No limitada  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                       | <input type="checkbox"/> Trastorno de la vista     | Explicar: _____                       |

Comentarios: \_\_\_\_\_

## B. ALERGIAS Enumere todas las alergias que tiene su hijo incluidas las alergias a medicamentos/picaduras de abejas/alimentos.

Causa de la alergia _____	Tratamiento _____
Causa de la alergia _____	Tratamiento _____
Causa de la alergia _____	Tratamiento _____

C. **MEDICAMENTOS:** ¿Se administran medicamentos en el hogar? Sí  No

Nombre del medicamento 1) _____	Para tratar: 1) _____
2) _____	Para tratar: 2) _____

¿Se administran medicamentos en la escuela? Sí  No

Nombre del medicamento 1) _____	Para tratar: 1) _____
2) _____	Para tratar: 2) _____

\*\*¿Toma el alumno algún medicamento naturalista? Sí  No

Nombre del medicamento 1) _____	Para tratar: 1) _____
---------------------------------	-----------------------

**Para poder administrar un medicamento en la escuela, el padre y un proveedor de cuidado de la salud licenciado deben completar un formulario de administración de medicamentos, y este debe mantenerse en el legajo.**

D. Enumere operaciones, lesiones o internaciones con fechas: \_\_\_\_\_

E. ¿Su hijo usa anteojos? Sí  No  ¿Lentes de contacto? Sí  No

F Nombre del médico/proveedor de cuidado de la salud: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del dentista: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Preferencia de hospital: \_\_\_\_\_

Aseguradora: \_\_\_\_\_

G. Nombre del padre: \_\_\_\_\_

Padre/Tutor 1

Padre/Tutor 2

Teléfono particular ( ) \_\_\_\_\_

Teléfono laboral: ( ) \_\_\_\_\_

Celular: ( ) \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Dirección particula \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

El alumno vive con: Ambos  Padre/Tutor 1  Padre/Tutor 2

Otros:  Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

H. EN EL CASO DE UNA EMERGENCIA MÉDICA, SI EL PADRE/TUTOR NO PUEDEN ENCONTRARSE, COMUNICARSE CON: (Brindar un contacto local)

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Número de teléfono ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_

particular: \_\_\_\_\_

**Si no se puede comunicar con el padre/tutor en el momento de una emergencia y si es urgente una observación o un tratamiento inmediatos según el juicio de las autoridades de la escuela, autorizo e instruyo a las autoridades escolares a enviar a mi hijo (adecuadamente acompañado) al hospital o al proveedor de cuidado de la salud licenciado más accesible.**

**FIRMA DEL PADRE/TUTOR:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_