

Cuestionario de salud de un estudiante nuevo

Nombre del niño o la niña: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Es necesario un Individual Healthcare Plan (IHP) para los estudiantes que tienen asma, diabetes, convulsiones, alergias graves u otras condiciones significativas. Los formularios están disponibles en el sitio web del distrito (www.central301.net) o en la oficina de salud de la escuela.

1. ¿Su hijo o hija tiene **alergias graves o que amenazan la vida**? No Sí Explique: _____
Especifique el tratamiento necesario en la escuela: _____
2. ¿Su hijo o hija tiene **alergias leves o moderadas**? No Sí ¿Comida? _____
Primaveral o ambiental? _____
¿Otras? _____
Especifique el tratamiento necesario en la escuela: _____
3. ¿Su hijo o hija tiene **asma**? No Sí ¿Con qué frecuencia? _____ Disparadores: _____
Especifique el tratamiento necesario en la escuela: _____
4. ¿Su hijo o hija tiene un historial de **convulsiones**? No Sí ¿Qué tipo? _____ ¿Con qué frecuencia? _____
Lo que se debe hacer en la escuela: _____
5. ¿Su hijo o hija tiene **antecedentes cardíacos o problemas del corazón**? No Sí Explique: _____
Lo que se debe hacer en la escuela: _____
6. ¿Su hijo o hija toma **medicación** regularmente? No Sí ¿Dónde? en casa en la escuela* Especifique la medicación, su propósito, dosis, frecuencia e información pertinente: _____

*NOTA: Previo a que se pueda dar alguna medicación en la escuela, madre, padre o tutor y prestadores de servicios de salud deben completar el formulario Med A o IHP. Véase el sitio web del distrito.

7. ¿Su hijo o hija tiene **problemas de la vista**? No Sí ¿Lentes? No Sí ¿Lentes de contacto? No Sí
Especifique problema(s) y tratamiento(s): _____
8. ¿Su hijo o hija tiene **problemas auditivos** o infecciones frecuentes? No Sí ¿En qué oído? Derecho Izquierdo Ambos
Especifique problema(s) y tratamiento(s): _____
9. ¿Su hijo o hija tiene problemas **emocionales o psicológicos**? No Sí ¿Uso de drogas? No Sí ¿Se autolesiona? No Sí
Explique: _____
Liste cualquier medicación o droga: _____
Lo que se debe hacer en la escuela: _____
10. ¿Hay **algo más** que le gustaría contarle al personal respecto de la salud médica, física o emocional de su hijo o hija?

Autorización: Por el presente autorizo que el personal de CCUSD 301 revele los expedientes e información médica de mi hijo o hija a docentes, administración, entrenadores deportivos y personal de cocina y de transporte con el propósito de tratar o prepararse ante una situación médica de mi hijo o hija. Entiendo que puedo anular esta autorización en cualquier momento con una notificación por escrito. Reconozco que los expedientes médicos, una vez recibidos por el distrito escolar, tal vez no estén protegidos por la regla de privacidad HIPAA, pero se convertirán en expedientes educativos protegidos por Family Educational Rights and Privacy Act. También entiendo que, si prefiero no firmar debajo, no interferirá con la posibilidad de que mi hijo o hija obtenga atención médica.

Nombre y firma de madre, padre o tutor: _____ Fecha: _____