



actualización anual del historial de salud

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Nombre de padre o familia/tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
 Doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono del Doctor: \_\_\_\_\_ Hospital Preferido: \_\_\_\_\_

**NO TIENE MI ESTUDIANTE NINGUNA PROBLEMA DE SALUD**

**CONDICIONES DE SALUD SEVERAS, QUE PONGAN EN PELIGRO LA VIDA**

*Si marca alguna de las cajas siguientes, se necesita contactar a la enfermera de la escuela cada año para hacer un plan de emergencia. El plan tiene que estar listo antes que empieza el año escolar. (per RCW28A.210.320)*

- ALÈRGIAS:** Alèrgia severa **con receta por epinephrine** (por ejemplo: cacahuete, piquete de abeja)  
 Alergeno(s): \_\_\_\_\_  
 Síntomas: \_\_\_\_\_
- ASMA:**  
 ¿Cuàles medicamentos usa su estudiante diàrio en casa? \_\_\_\_\_  
 ¿Necesita su estudiante un inhalador en la escuela?  Sí  No Cosas que provocan el asma: \_\_\_\_\_  
 ¿Ha estado en el hospital o ha tomado esteroides orales durante el año pasado?  Sí  No
- CARDIACO:**  
 Condición del corazón: \_\_\_\_\_ Fecha de diagnòstico: \_\_\_\_\_  
 Medicamentos actuales: \_\_\_\_\_  
 Restriccións actuales para la escuela: \_\_\_\_\_
- DIABETES:**  
 Tipo I – Dependiente en insulina Fecha de diagnòstico: \_\_\_\_\_ Bomba de insulina:  Sí  No  
 Tipo II – Controla con dieta y pastilla(s) Medicinas: \_\_\_\_\_
- ATAQUE (EPILEPSIA):**  
 Ordenes para medicamentos de emergencia durante el día escolar  Diastat  Midazolam  
 Grand Mal: Fecha de diagnòstico: \_\_\_\_\_ Medicamentos en casa: \_\_\_\_\_  
 Petit Mal: Fecha de diagnòstico: \_\_\_\_\_ Medicamentos en casa: \_\_\_\_\_  
 Otro: \_\_\_\_\_  
 Los ataques parecen así: \_\_\_\_\_
- OTRA CONDICIÓN DE SALUD, QUE PONGA EN PELIGRO LA VIDA:** \_\_\_\_\_

Tiene su estudiante alguna de las condiciones siguientes. (Solo marque alguna si se aplica a su niño):

- Alèrgia: **NO** severa, a: \_\_\_\_\_
- Condiciones digestivas (intolerancia a alimentos, IBS, celiaca)
- Trastorno neurològico (CP, hidrocefalia, etc.)
- Problemas ortopèdicos (Artritis, MS, etc.)
- ADHD/ADD (Trastorno de atención):  
 Medicamentos: \_\_\_\_\_
- Asistencia con nutrición (alimento por tubo, catèter/sonda)
- Salud Mental (Depresión, Ansiedad, OCD, etc.)
- Trastorno de la sangre: \_\_\_\_\_
- Otras condiciones respiratorias: \_\_\_\_\_
- Pèrdida auditiva:  
 Sordo  Pèrdida parcial  Aparato auditivo
- Discapacidad visual:  
 Lentes/contactos todo el tiempo  Lentes para leer
- Condiciones urinarias (nefritis, incontinencia, sonda, etc.)
- Condiciones de la piel: \_\_\_\_\_

**Explique, por favor, cualquier caja que se marcò arriba:**

¿Necesita su estudiante medicamentos en la escuela, o tiene otras necesidades especiales durante el día escolar?  Sí  No

Si marcò sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Toma diariamente medicamentos en casa? Enumere: \_\_\_\_\_

Doy permiso que la escuela mantenga las inmunizaciones de mi niño/a por el Sistema de Immunization del Estado de Washington.  Sí  No

Doy permiso para cuidado de emergencia en el hospital o con doctor  Sí  No

Entiendo que la enfermera compartirà la información arriba con personal de la escuela que necesitan saber.

Firma de Padre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_