

## INFORMACIÓN DE SALUD DEL ESTUDIANTE

**Nombre del Estudiante:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Grado:** \_\_\_\_\_

<b>ESTADO DE SALUD DIAGNOSTICADO POR UN MEDICO O ASISTENTE MEDICO (HCP)</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>MEDICAMENTO (S) QUE TOMA EN EL HOGAR: (nombre, dosis, frecuencia )</b>	<b>MEDICAMENTO(S) QUE TOMARA EN LA ESCUELA: <i>debe de llenar el formulario de protocolo de medicación y proveer los medicamentos</i></b>	<b>ACCION NECESARIA Y/O DESCRIPCION</b>
<b>DIABETES</b> Nombre del Medico:					PLAN COMPLETO DE CUIDADO DE LA DIABETES
<b>ATAQUES EPILÉPTICOS</b> Nombre del Médico:					PLAN COMPLETO DE CUIDADO DE LOS ATAQUES
<b>ALERGIAS SEVERAS</b> Nombre del Médico:					PLAN COMPLETO DE CUIDADO DE LAS ALERGIAS
<b>ASMA SEVERA</b> Nombre del Médico:					PLAN COMPLETO DE CUIDADO DEL ASMA
<b>TRAUMA EN LA CABEZA O CONTUSION</b> Nombre del Médico:					DESCRIBIR:  Fecha del accidente:
<b>MIGRAÑAS/DOLORES DE CABEZA</b> Nombre del Médico:					DESCRIBIR:
<b>DEL CORAZÓN/DE SANGRE</b> Nombre del Médico:					DESCRIBIR:
<b>MUSCULOS/LIGAMENTOS DE LOS HUESOS/LA PIEL</b> Nombre del Médico:					DESCRIBIR:
<b>DE VEJIGA/DE RIÑONES</b> Nombre del Médico:					DESCRIBIR:
<b>DEL ESTOMAGO/DE LOS INTESTINOS</b> Nombre del Médico:					DESCRIBIR:
<b>EMOCIONAL/COMPOTAMIENTO</b> Nombre del Médico:					DESCRIBIR:
<b>PREOCUPACIONES DE LA VISION</b> Nombre del Médico:			Deficiencia de color: SI o NO Contactos o anteojos SI o NO		DESCRIBIR:
<b>PREOCUPACIONES AUDITORAS</b> Nombre del Médico:			¿Aparato para la sordera? SI o NO		DESCRIBIR:
<b>PREOCUPACIONES DENTALES</b> Nombre del Médico:					DESCRIBIR:
<b>OTRAS CONDICIONES DIAGNOSTICADAS</b> Nombre del Médico:					DESCRIBIR:

- ¿Anteriormente en un IEP o 504?: Describalo brevemente
- ¿Restricciones a alguna actividad y/o equipos médicos necesarios en la escuela (e.g. Oxígeno, silla de ruedas)
- ¿Se han producido cambios significativos en la salud de su hijo en el último año?  
Explique:
- HOSPITALITACIONES, CIRUGIA y fechas (utilice extra hojas si es necesario):

USO ADMINISTRATIVO		
504 PLAN	YES	NO
Diabetic		
Active Seizure		
Severe Allergies		
Severe Asthma		
Other:		
Date offered:		

*Seguro de salud de portabilidad y responsabilidad de 1996 (HIPAA) y la educación de as Familia y el Derecho de la Ley de Privacidad (FERPA): Autorizo el intercambio de información sobre la salud de mi hijo identificado en este formulario de información sobre la salud para estudiantes (SSS-H-16) para proporcionar servicios escolares apropiados de salud. Yo entiendo que soy responsable de proporcionar a la escuela con cualquier medicamentos, comida especial, y/o el equipo de se requiere durante el día escolar y estoy de acuerdo de completar todos los planos de salud solicitados por la escuela, Esta autorización es efectiva inmediatamente y hasta que sea revocada por escrito por los padres o tutor legal.*

**Firma de los padres/Tutor legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_ **Teléfono de contacto:** \_\_\_\_\_  
**Teléfono de trabajo:** \_\_\_\_\_

**Contacto de Emergencia:** \_\_\_\_\_ **Teléfono del Contacto:** \_\_\_\_\_