

Información Confidencial de Salud de Emergencia

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____
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, secretarías, 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 | <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 | Actividad física: |
| <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico | <input type="checkbox"/> Migraña | <input type="checkbox"/> Limitada |
| <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Trastorno ortopédico | <input type="checkbox"/> No limitada |
| <input type="checkbox"/> Daltonismo | <input type="checkbox"/> Convulsiones | Explicar: _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Trastorno de la vista | _____ |
| <input type="checkbox"/> Depresión | | |

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.

