



Distrito Escolar de Anchorage

FORMULARIO DEL HISTORIAL DE SALUD

POR FAVOR COMPLETE PARA TODOS LOS ESTUDIANTES NUEVOS AL DISTRITO: PREESCOLAR, KINDERGARTEN, ESTUDIANTES DE 5º Y 9º GRADO O SEGÚN SE REQUIERA PARA ACTUALIZAR TRASTORNOS DE SALUD NUEVOS O EXISTENTES EN OTROS GRADOS

Table with fields: APELLIDO, NOMBRE, M.I., FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA), ESCUELA, GRADO.

HISTORIAL MÉDICO

- ¿Tiene su hijo algún problema de salud?
¿Tiene su hijo restricciones para participar en alguna actividad?
¿Tiene su hijo alguna alergia?
¿Le recetan a su hijo un Epi-Pen?
¿Sufre su hijo de asma?
¿Su hijo sufre diabetes?
¿Le recetan a su hijo medicamentos para el control de la diabetes?
¿Sufre su hijo una enfermedad del corazón?
¿Tiene su hijo un trastorno hemorrágico?
¿Tiene su hijo una condición ortopédica?
¿Tiene su hijo antecedentes de convulsiones u otro tipo de trastorno neurológico?
¿Tiene su hijo algún trastorno gastrointestinal o problemas con la alimentación?
¿Tiene su hijo algún trastorno intestinal o de la vejiga?
¿Tiene su hijo problemas de salud mental, emocional o de comportamiento?
¿Tiene su hijo algún problema de la vista? ANTEOJOS
¿Tiene su hijo algún problema de audición? AYUDA AUDITIVA
¿Está su hijo tomando medicamentos? Si es así, por favor indíquelos:

¿HAY ALGÚN MEDICAMENTO RECETADO QUE NECESITA SER ADMINISTRADO O ESTAR DISPONIBLE EN LA ESCUELA?

- Epi-Pen Inhalador de albuterol Medicamentos anticonvulsivos Medicamentos antidiabéticos Medicamentos recetados

Medicamento: Dosis: Veces:
Medicamento: Dosis: Veces:
Medicamento: Dosis: Veces:

Se debe notificar a la enfermería del Distrito Escolar de Anchorage si es necesario administrar algún medicamento durante el día escolar. La ley estatal requiere la autorización por escrito de un proveedor de atención médica y de los padres antes de que se pueda administrar cualquier medicamento recetado en la escuela...

Por favor continúe a la segunda página para completar este formulario.



Distrito Escolar de Anchorage
FORMULARIO DEL HISTORIAL DE SALUD

POR FAVOR COMPLETE PARA TODOS LOS ESTUDIANTES NUEVOS AL DISTRITO: PREESCOLAR, KINDERGARTEN, ESTUDIANTES DE 5º Y 9º GRADO O SEGÚN SE REQUIERA PARA ACTUALIZAR TRASTORNOS DE SALUD NUEVOS O EXISTENTES DE OTROS GRADOS

MI HIJO REQUERIRÁ EL SIGUIENTE PLAN U OTRO TRATAMIENTO EN LA ESCUELA (marque todo lo que corresponda)

- Plan de acción contra la alergia
 Plan de acción para el asma
 Plan de acción contra las convulsiones
 Plan de atención diabética
 Otro tratamiento requerido (explique abajo)
 Ninguno

PROVEEDOR MÉDICO / GRUPO PEDIÁTRICO: _____

PROVEEDOR DENTAL: _____

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DEL PADRE / TUTOR

PERMISO PARA ACCEDER A REGISTROS DE VACUNACIÓN

- DOY PERMISO**
 NO DOY PERMISO

...para que la enfermería revise e ingrese las vacunas administradas por el Distrito Escolar de Anchorage en el registro de vacunación del Estado de Alaska (VacTrak), gestionadas por la Sección de Epidemiología del Departamento de Salud y Servicios Sociales de Alaska. Puede revocar los permisos en cualquier momento enviando su solicitud por escrito.

PERMISO PARA DIVULGAR Y/O INTERCAMBIAR INFORMACIÓN MÉDICA CON EL PERSONAL DE LA ESCUELA

- DOY PERMISO**
 NO DOY PERMISO

...para que la enfermería de la escuela comparta la información de salud con el personal de la escuela según sea necesario. Se informará al personal de la escuela sobre las necesidades médicas, las precauciones de seguridad y los procedimientos necesarios para proteger a su hijo mientras se encuentra en la escuela. Es responsabilidad del padre/tutor legal notificar a la enfermería de la escuela de cualquier cambio o actualización en el historial de salud de su hijo.

CERTIFICACIÓN DEL PADRE

Con mi firma a continuación certifico que la información proporcionada es actual y correcta. He revisado el formulario de historial médico y entiendo que es mi responsabilidad notificar a la escuela cuando la información de salud de mi hijo haya cambiado. Notificaré a la escuela si mi consentimiento para los artículos anteriores necesitan ser actualizados o cambiados, según sea mi preferencia.

NOMBRE DEL PADRE / TUTOR (LETRA DE MOLDE)	RELACIÓN CON EL NIÑO	NÚMERO DE TELÉFONO
PADRE / TUTOR (FIRMA)		FECHA