



## Distrito Escolar de Anchorage FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD

POR FAVOR COMPLETAR PARA TODOS LOS ESTUDIANTES RECIÉN LLEGADOS AL DISTRITO O SEGÚN SEA NECESARIO

APELLIDO	NOMBRE	Segundo nombre (Inicial)	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)
ESCUELA			GRADO

### HISTORIAL MÉDICO

- SÍ     NO    ¿Tiene su hijo algún problema de salud?  
En caso afirmativo, por favor describa: \_\_\_\_\_
- SÍ     NO    ¿Tiene su hijo restricciones para participar en alguna actividad?  
Si es así, por favor describa: \_\_\_\_\_
- SÍ     NO    ¿Tiene su hijo alguna alergia?  
En caso afirmativo, por favor indique las alergias: \_\_\_\_\_  
¿Cómo se manifiesta la reacción alérgica? \_\_\_\_\_
- SÍ     NO    ¿A su hijo le recetan un EpiPen?    ¿Para qué tipo de alergias? \_\_\_\_\_
- SÍ     NO    ¿Sufre su hijo de asma?  
Si es así, describa los factores que la activan la alergia: \_\_\_\_\_
- SÍ     NO    ¿Sufre su hijo de diabetes?  
Tipo: \_\_\_\_\_     Autocontrolada     Necesita supervisión     Usa bomba de insulina     Usa CGM
- SÍ     NO    ¿Sufre su hijo alguna enfermedad del corazón?  
Si es así, por favor describa: \_\_\_\_\_
- SÍ     NO    ¿Padece su hijo(a) una enfermedad hemorrágica?  
Si es así, por favor describa: \_\_\_\_\_
- SÍ     NO    ¿Tiene su hijo una condición ortopédica?  
Si es así, por favor describa: \_\_\_\_\_
- SÍ     NO    ¿Tiene su hijo antecedente de convulsiones u otro tipo de trastorno neurológico?  
Si es así, por favor describa: \_\_\_\_\_
- SÍ     NO    ¿Tiene su hijo problemas gastrointestinales o problemas con la alimentación?  
Si es así, por favor describa: \_\_\_\_\_
- SÍ     NO    ¿Tiene su hijo problemas con el intestino o de la vejiga?  
Si es así, por favor describa: \_\_\_\_\_
- SÍ     NO    ¿Tiene su hijo problemas de comportamiento, emocionales o de salud mental?  
Si es así, por favor describa: \_\_\_\_\_
- SÍ     NO    ¿Tiene su hijo algún problema de la vista?     LENTES     Otros: \_\_\_\_\_
- SÍ     NO    ¿Tiene su hijo algún problema de audición?     AUDÍFONOS     Otros: \_\_\_\_\_
- SÍ     NO    ¿Está su hijo tomando medicamentos?  
Si es así, por favor indique cuáles: \_\_\_\_\_

### ¿HAY ALGUN MEDICAMENTO RECETADO O TRATAMIENTO QUE DEBE SER ADMINISTRADO O ESTAR DISPONIBLE EN LA ESCUELA?

- Medicamentos para la diabetes/Plan de Atención para Diabéticos     EpiPen/Alergia/Plan de atención para anafilaxia
- Inhalador/Plan de atención para el asma     Medicamentos para las convulsiones/Plan de atención para las convulsiones
- Medicamentos recetados     Otros tratamientos ( descríbalos) \_\_\_\_\_

La enfermería de ASD debe ser notificada si hay que dar algún medicamento durante el día escolar. La ley estatal exige la autorización escrita de un proveedor de servicios médicos y de los padres antes de que se pueda administrar en la escuela cualquier medicamento de venta con receta, incluyendo los que se compran sin receta. Todo tipo de medicamento requiere un formulario de autorización/consentimiento Y el/los medicamento(s) debe(n) ser entregado(s) a la escuela por un padre/tutor legal en un recipiente etiquetado de farmacia. Los remedios homeopáticos y herbales no se pueden administrar en la escuela.

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

Distrito Escolar de Anchorage  
**FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD**

POR FAVOR COMPLETAR PARA TODOS LOS ESTUDIANTES RECIÉN LLEGADOS AL DISTRITO O SEGÚN SEA NECESARIO

PROVEEDOR MÉDICO/GRUPO PEDIÁTRICO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

OTRO MÉDICO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES Y TUTORES LEGALES**

**PERMISO PARA ACCEDER AL REGISTRO ESTATAL DE INMUNIZACIÓN**

**SÍ DOY MI CONSENTIMIENTO**

**NO DOY MI CONSENTIMIENTO**

... para que la enfermera revise la información de inmunización de mi hijo en el registro de inmunización del estado de Alaska (VACTrak). El padre/tutor legal puede eliminar su consentimiento en cualquier momento enviando su solicitud por escrito.

**PERMISO PARA DIVULGAR Y/O INTERCAMBIAR INFORMACIÓN MÉDICA**

**SÍ DOY MI CONSENTIMIENTO**

**NO DOY MI CONSENTIMIENTO**

...para que la enfermería se ponga en contacto con el proveedor de atención médica mencionado anteriormente para aclarar la información médica proporcionada en este formulario. La enfermería compartirá la información de salud con el personal de la escuela según sea necesario por la seguridad de su hijo y para fomentar el éxito académico. Es responsabilidad del padre/tutor notificar a la enfermería cualquier cambio o actualización en el historial de salud de su hijo.

**CONSTANCIA DE LOS PADRES**

Con mi firma acepto que la información proporcionada es actual y correcta. He revisado el formulario de historial de salud y entiendo que es mi responsabilidad notificar a la escuela cuando la información de salud de mi hijo ha cambiado. Me comprometo a proveer cualquier medicamento o material para el cuidado de mi hijo en la escuela si es necesario. Notificaré a la escuela si mi autorización para los artículos mencionados necesita ser actualizada o cambiada, de conformidad con mi preferencia.

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR (EN IMPRENTA)	RELACIÓN CON EL NIÑO	NÚMERO DE TELÉFONO
PADRE/TUTOR LEGAL (FIRMA)		FECHA