



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

TODOS LOS NUEVOS AL DISTRITO POR FAVOR LLENAR O SEGÚN SEA NECESARIO

APELLIDO	NOMBRE	S.N. (Inicial)	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)
ESCUELA			GRADO

HISTORIAL MÉDICO (Si responde *SÍ* a cualquiera de las siguientes preguntas, por favor, consulte con la enfermería de la escuela)

- SÍ NO **¿Tiene su hijo algún problema de salud?**
Si la respuesta es sí, por favor descríbalo: _____
- SÍ NO **¿Tiene su hijo restricciones para participar en alguna actividad?**
Si la respuesta es sí, por favor descríbalas: _____
- SÍ NO **¿Sufre su hijo de alguna alergia?**
Si la respuesta es sí, indique las alergias: _____
¿Cómo se manifiesta la reacción alérgica? _____
- SÍ NO **¿Le han recetado a su hijo una EpiPen? ¿Para qué tipo de alergias?** _____
- SÍ NO **¿Padece su hijo de asma?**
Si es así, describa los factores que la activan: _____
- SÍ NO **¿Padece su hijo de diabetes?**
Tipo: _____ Autocontrolada Necesita supervisión Usa bomba de insulina Utiliza CGM
- SÍ NO **¿Sufre su hijo alguna enfermedad del corazón?**
Si la respuesta es sí, por favor descríbala: _____
- SÍ NO **¿Padece su hijo(a) una enfermedad hemorrágica?**
Si la respuesta es sí, por favor descríbala: _____
- SÍ NO **¿Tiene su hijo una condición ortopédica?**
Si la respuesta es sí, por favor descríbala: _____
- SÍ NO **¿Tiene su hijo antecedente de convulsiones u otro tipo de trastorno neurológico?**
Si la respuesta es sí, por favor descríbalo: _____
- SÍ NO **¿Tiene su hijo problemas gastrointestinales o de alimentación?**
Si la respuesta es sí, por favor descríbalos: _____
- SÍ NO **¿Tiene su hijo problemas con el intestino o de la vejiga?**
Si la respuesta es sí, por favor descríbalos: _____
- SÍ NO **¿Tiene su hijo problemas de comportamiento, emocionales o de salud mental?**
Si la respuesta es sí, por favor escriba el nombre: _____
- SÍ NO **¿Tiene su hijo algún problema de la vista?** LENTES Otro: _____
- SÍ NO **¿Tiene su hijo algún problema de audición?** AUDÍFONOS Otro: _____
- SÍ NO **¿Está su hijo tomando medicamentos?**
Si la respuesta es sí, por favor escriba el nombre: _____

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

- Medicamentos antidiabéticos/Plan para la diabetes EpiPen/Plan para la alergia/anafilaxia Inhalador/Plan para el asma
- Medicamentos recetados Medicamentos anticonvulsivos/Plan para las convulsiones
- Otros tratamientos (describir) _____

La enfermería del ASD debe ser notificada si hay que dar algún medicamento durante el día escolar. La ley estatal exige 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, incluso aquellos de uso libre. Todos los medicamentos requieren un formulario de autorización/consentimiento Y el/los medicamento(s) debe(n) ser entregado(s) a la escuela por un padre o tutor legal en un recipiente etiquetado de farmacia.

Por favor, llene el formulario en la página siguiente



Distrito Escolar de Anchorage
FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD
 TODOS LOS NUEVOS AL DISTRITO POR FAVOR LLENAR O SEGÚN SEA NECESARIO

APELLIDO	NOMBRE	S.N. (Inicial)	FECHA DE NACIMIENTO
----------	--------	----------------	---------------------

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARENTAL O TUTELAR

PERMISO PARA ACCEDER AL REGISTRO ESTATAL DE INMUNIZACIÓN

DOY PERMISO

 NO DOY PERMISO

...para que la enfermería revise la información de vacunación de mi hijo en el registro de inmunización del estado de Alaska (VACTrak).
 El padre o tutor legal puede retirar este consentimiento en cualquier momento con la entrega de una solicitud por escrito.

DECLARACIÓN PARENTAL

Al firmar este documento abajo, declaro que la información proporcionada es actualizada y correcta. He revisado el formulario Historial de Salud y entiendo que es mi responsabilidad notificar a la escuela en caso de producirse un cambio en la información de salud de mi hijo. Me comprometo a proveer cualquier medicamento o material necesario para el cuidado de mi hijo en la escuela. Notificaré a la escuela si mi consentimiento acerca de los puntos anteriores necesita ser actualizado o cambiado, según sea conveniente.

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR (IMPRESA)	RELACIÓN CON EL NIÑO	TELÉFONO
FIRMA DEL PADRE O TUTOR		FECHA

PROVEEDOR MÉDICO / GRUPO PEDIÁTRICO: _____ Tel. _____

OTRO PROVEEDOR: _____ Tel. _____