

## FORMULARIO DE SALUD Y CONSENTIMIENTO DE LA ESCUELA SECUNDARIA

Nombre del estudiante (primer, segundo, apellido) \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono de casa \_\_\_\_\_  
Número de seguro social del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
País de nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de entrada a U.S. \_\_\_\_\_ Fecha de entrada al Distrito \_\_\_\_\_  
Nombre y dirección de la madre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Lugar donde trabaja la madre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Nombre y dirección del padre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Lugar donde trabaja el padre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Nombre y dirección del guardián \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Lugar donde trabaja el guardián \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Estado civil de los padres/guardián: Soltero(a) \_\_\_\_\_ Casado(a) \_\_\_\_\_ Divorciado(a) \_\_\_\_\_ Separado(a) \_\_\_\_\_  
Número celular de los padres/guardián \_\_\_\_\_

PARA LOS ENCARGADOS DE NO HABLA INGLESA: Prefiere las comunicaciones en **Inglés** o **Español** (Circule uno).

**\*En caso de emergencia o enfermedad**, escriba los nombres de personas responsables (que no sean los padres o guardianes)

a quienes podamos contactar:

1. Nombre y Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
2. Nombre y dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

JCO's Nombre y Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

DHS Nombre del manager del Caso y Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Tiene doctor? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Nombre/Dirección/Teléfono \_\_\_\_\_

¿Tiene Dentista? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Nombre/Dirección/Teléfono \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a sufrido una **herida, enfermedad, o accidente** durante el verano pasado o el año pasado? De ser si, por favor indique el tipo y la fecha de:

¿Su hijo/a tiene alergias? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuales alergias? \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a tiene **asma**? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ **De ser si, por favor complete la segunda página.**

¿Su hijo/a tiene alguna enfermedad que este recibiendo tratamiento? (diabetes, enfermedades del corazón, un tipo de ataque, etc.)

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Indique el tratamiento/y la condición: \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a a tenido operaciones? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Indique la fecha/y el tipo: \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a está tomando medicina (incluyendo inhalares)? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ De ser si, indique el nombre y la cantidad:

### SI SU HIJO/A TIENE QUE TOMAR MEDICINA RECETADA EN LA ESCUELA, LA MEDICINA SE MANTENDRÁ EN LA OFICINA DE LA ENFERMERA.

¿Estuvo su hijo/a fuera de los EE.UU. más de 30 días durante los últimos 12 meses? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a a recibido vacunas durante el año pasado? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (Incluye tétanos) De ser si, escriba el nombre de la vacuna, el mes/día/año dado y la clínica y el doctor: \_\_\_\_\_

Usa lentes su hijo/a? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ y de contacto? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a tiene su permiso de tomar Acetaminophen/Tylenol/Tums/Cough Drops/Eye Drops/Ibuprofen/Antibiotic Ointment at school?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Su hijo/a tiene su permiso de ser revisado del oído/visión/espina dorsal/dentadura en la escuela? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Firma del padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de la madre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Si su hijo/a tiene asma, por favor complete la forma escolar de asma de abajo. Esta información será compartido con el personal escolar (los maestros, los entrenadores, los maestros de educación física, etc.)

Por favor avísenos si hay cambios en la asma de su hijo/a o en el horario de tomar su medicina. Comuníquese con la enfermera de la escuela si Ud. tiene alguna pregunta.

## RECORD DE ASMA DE LA ESCUELA

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Nombres del los padres \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Doctor que está tratando la asma \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### FACTORES DESCADENANTES DEL ASMA (¿Cuales condiciones/cosas causan un ataque asmático?)

\_\_\_\_\_ Ejercicio                      \_\_\_\_\_ Animales                      \_\_\_\_\_ olores fuertes/perfumes  
\_\_\_\_\_ Infecciones respiratorios                      \_\_\_\_\_ Polvo                      \_\_\_\_\_ Polen                      \_\_\_\_\_ Moho  
\_\_\_\_\_ Cambio en temperatura                      \_\_\_\_\_ Comida                      \_\_\_\_\_ Otro

Comentarios: \_\_\_\_\_

### Medicina usada actualmente:

Nombre	Dosis/Cantidad	Cuando hay que usarla
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

### Medicina que tendra que ser tomada en la Escuela: (Incluyendo inhaladores)

Nombre	Dosis/Cantidad	Cuando hay que usarla
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Deportes en los que participa su hijo/a: \_\_\_\_\_

### Plan de Emergencia para un Ataque de Asma:

Señales que indican una emergencia:

Dificultad en respirar, caminar o hablar

Labios o uñas de color gris o azul

No se mejora después del tratamiento inicial de medicina, las síntomas se empeoran

Acciones que se tomará:

Notificar a la enfermera de la escuela

Contactar a los padres./guardianes o al doctor

Buscar ayuda médica de emergencia (911)

Comentarios/Instrucciones especiales: \_\_\_\_\_

### Inhaladores en la escuela:

\_\_\_\_\_ ha recibido instrucciones de como usar el inhalador correctamente y le doy permiso que mi hijo/a lleve el inhalador con si mismo y que lo use cuando sea necesario. \_\_\_\_\_

Yo solicito que mi hijo/a deje su inhalador en la oficina de la escuela/enfermera. \_\_\_\_\_ Sí                      \_\_\_\_\_ No  
\_\_\_\_\_ Sí                      \_\_\_\_\_ No

\_\_\_\_\_  
Firma de Padres/Guardianes

\_\_\_\_\_  
Fecha