

		Sexo: M F		
El Apellido Legal del Estudiante	Primer Nombre Legal	(Haga un círculo)	Grado	Fecha de Nac

Favor de llenar secciones 1, 2 y 3, fechar y firmar este formulario y devolver a la oficina de la escuela. Es importante mantener informada a la escuela de cambios en la salud o medicamentos, que ocurran durante el año escolar.

Nombre del médico : _____

Sección 1 Favor de marcar con **X** todos los problemas de salud aplicables a su estudiante.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No hay problemas de salud conocidos (N) | <input type="checkbox"/> Diabetes (D) |
| <input type="checkbox"/> Asma: (R) | <input type="checkbox"/> Corazón (HC) |
| <input type="checkbox"/> Usa inhalador (RI) | Reacción a Actividad <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (HCR) |
| <input type="checkbox"/> Necesitará inhalador en la escuela (RIS) | <input type="checkbox"/> Ataques (S) |
| <input type="checkbox"/> Hospitalizado por asma este año (RH) | Tomando medicamento <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (SM) |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Pérdida de audición conocida (H) |
| <input type="checkbox"/> Picadas abeja / insecto (AB) | <input type="checkbox"/> Usa anteojos/lentes de contacto (VG) |
| <input type="checkbox"/> Alimentos (AF) | <input type="checkbox"/> Defecto físico o de nacimiento (PBD) |
| <input type="checkbox"/> Otro: Favor de comentar abajo (AO) | <input type="checkbox"/> Otro: Favor de comentar abajo (O) |
| <input type="checkbox"/> Necesita Epi Pen p/ alergia (arriba) (AEP) | |

Comentarios / Preocupaciones: _____

Sección 2 *La ley estatal requiere que todos los estudiantes que sufran de condiciones en que puedan peligrar sus vidas tengan autorización médica y el medicamento en la escuela, antes que se les permita asistir a la escuela. Los medicamentos que pueden necesitarse, según esta ley pueden incluir, pero no limitarse a: inhaladores de dosis medidas, Epi-pens, Insulina, y medicina para ataques (RCW 28A.210 Sec.1)*

Como padre/tutor, estoy de acuerdo en ponerme en contacto con la enfermera de la escuela para hacer un plan de salud individual para mi hijo/a, que sufre de una condición en que podría peligrar su vida.

Alguno de los problemas chequeados arriba puede ser de vida o muerte? Si No

Sección 3 **Medicamentos:** Para administrar, **cualquier** medicamento, recetado o no, necesitamos un formulario "Autorización para Administrar Medicamento" firmada por el padre/tutor y por el médico, y que debe estar registrado en la oficina de la escuela antes que su estudiante pueda asistir a la escuela. Se necesita un formulario nuevo firmado cada año al comienzo del año escolar o cuando haya un cambio de medicamento o de dosis.

Favor de anotar cualquier medicamento que el estudiante tome en casa o pueda necesitar durante el día escolar: _____

Autorizo y doy mi consentimiento a las autoridades del Distrito Escolar de Wenatchee para obtener tratamiento médico de emergencia. También autorizo a las autoridades médicas a que administren tratamiento medico o cirugía de emergencia necesaria, al estudiante arriba mencionado. Esto no excusa a las autoridades del Distrito de tratar de contactarme antes de usar esta autorización; además, autorizo a que la información que aparece arriba sea compartida con personal de la escuela sobre la base de necesitar-saber, para ayudar al distrito a proporcionar un ambiente seguro para mi hijo/a.

Firma del Padre/Tutor	Relación con el Estudiante	Fecha
------------------------------	-----------------------------------	--------------