

		Masculino Femenino		
Apellido Legal del Estudiante	Nombre Legal	(Por favor circule uno)	Grado	Fecha de Nacimiento

Por favor complete las secciones 1, 2, y 3, firme la forma y ponga la fecha, y regrésela a la oficina de la escuela. Por favor mantenga a la escuela informada de cualquier cambio en la salud o tratamiento de su niño(a) durante el año escolar.

Sección 1 Condiciones de Salud

Por favor marque con una **X** todos los problemas de salud que aplican a su estudiante.

Mi hijo(a) no tiene problemas conocidos de salud

Por favor indique abajo, cualquier problema de salud que su niño(a) pueda tener:

Alergias:

Piquete de abeja/ Insecto: Por favor describa la reacción: (AB)

Comidas: Por favor enliste las comidas y el tipo de reacción alérgica: (AF)

Otras alergias: Por favor enliste las alergias y el tipo de reacción: (AO)

Epi Pen es necesario para la reacción antes mencionada (AEP)

Asma (R)
Usa Inhalador?
 Si No (RI)

Condiciones Cardíacas: (HC)
Actividad Restringida (HCR)
 Si No

Ataques o Crisis: (S)
Tiene Medicamento para los ataques?
 Si No (SM)

Pérdida de la audición conocida (H)

Diabetes (D)

Defectos Físicos o de Nacimiento (PBD)

Otros : Por favor explique: (O)

Sección 2 Información que Amenaza la

Alguno de los problemas antes marcados amenaza la vida? Si No

Como padre/guardián, Estoy de acuerdo en contactar a la enfermera de la escuela para crear un plan de salud individualizado para mi hijo(a) que tiene un problema de salud que amenaza su vida. La ley estatal requiere que todos los estudiantes que tengan un problema de salud que amenaza su vida tengan ambos una autorización médica y el medicamento necesario en la escuela antes que se le permita al estudiante asistir a la escuela. Los medicamentos que pueden ser requeridos bajo ésta ley incluyen, pero no se limitan a: inhaladores de dosis medida, Epi-pens, Insulina, y medicamentos para los ataques o crisis (por RCW 28A.210 Sec.1).

Sección 3 Información del Tratamiento

Para que el personal administre u almacene cualquier medicamento recetado o adquirido sin receta, el padre/guardián debe firmar una forma de **Autorización para la Administración de Medicamentos (AMA) #SN-0** y la información del doctor debe estar en el archivo en la oficina de la escuela. Se requiere

una nueva forma AMA al inicio de cada año escolar, o cuando ha habido cambios en la dosis del medicamento. A los estudiantes que llevan consigo medicamentos y ellos mismos se administran los medicamentos de emergencia les recomendamos a los padres que provean los medicamentos para ser almacenados en la oficina de la escuela y ser usados en caso de emergencia. Se requiere completar una forma AMA para almacenar los medicamentos en la escuela. *La forma de Autorización para la Administración de Medicamentos #SN-02* está disponible en la escuela de su hijo(a), y en la página del internet del distrito bajo los Servicios de Salud del Estudiante. **A los estudiantes de Secundaria y Preparatoria se les permite llevar consigo la dosis para un día de medicamentos obtenidos sin receta sin llenar la forma AMA.**

Los padres y guardianes que deseen informar de medicamentos que su hijo(a) toma en casa, y que pueden interferir en el aprendizaje de su hijo(a) en la escuela. **Si les gustaría dar ésta información, por favor enliste cualquier medicamento que su hijo(a) toma en su casa:**

Consentimiento: Yo autorizo y doy mi consentimiento a las autoridades del Distrito Escolar de Wenatchee para obtener tratamiento de emergencia. Yo también autorizo a las autoridades médicas que actúen o administren el tratamiento de emergencia o el tratamiento quirúrgico necesario al estudiante arriba mencionado. Las autoridades del Distrito no tienen excusa y deben intentar contactarme antes que dependan de ésta autorización. Yo también autorizo para que la información antes mencionada se comparta si es necesario con el personal de la escuela para facilitar al distrito escolar proveer un ambiente seguro para mi niño(a). **Si hay algún cambio en la información de salud antes mencionada, es la responsabilidad del padre/guardián de informar a la escuela en la forma de información anual actualizada del estudiante.**

Firma del Padre/Guardián _____ Relación con el Estudiante _____ Fecha _____