

Evaluación para la Enfermera Escolar – contactos en emergencia (SCHOOL NURSE SCREENING AND EMERGENCY CONTACT)

ESTUDIANTE: _____ Fecha de nacimiento _____

Maestra/Grado: _____ Autobús # ___ AM ___ PM ___ Auto AM ___ PM ___
Prime Time Sí ___ No ___

Las evaluaciones y las observaciones de la salud de los niños en Kinder a 12º grado es una responsabilidad legal a cargo de los maestros y enfermeras escolares. Entiendo que mi hijo/a participará en los procedimientos rutinarios de detección, tal como la altura, peso, visión, audición, dental, enfermedades transmisibles, y la presión arterial.

Es importante que la escuela esté al tanto de cualquier problema/ condición de la salud que tenga su niño/a. **Por favor, indique y explique las condiciones a continuación. Si el estudiante toma medicamentos a diario o en caso de emergencia, usted debe proveer el medicamento y las órdenes del médico escritas en el formulario llamado “REQUEST FOR MEDICATION TO BE GIVEN DURING SCHOOL HOURS.”**

| NÚMEROS EN CASO DE EMERGENCIA | | |
|-----------------------------------|----------|------------|
| Llamaremos en el orden siguiente: | | |
| Nombre | Relación | No. de día |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> Alergia a: _____ <input type="checkbox"/> Necesita medicina: Sí o No (circule) Nombre de medicina: _____ <input type="checkbox"/> Asma Medicinas: _____ Inhalador en escuela: Sí o No Fecha de último ataque: _____ <input type="checkbox"/> Diabetes Insulina: _____ Bomba o inyecciones (circule) Píldora: _____ Usa glucagón: Sí o No <input type="checkbox"/> Problemas de audición (escuchar) ¿Usa audífonos auditivos? Sí o No <input type="checkbox"/> Trastorno de la coagulación/ sangramiento: (tipo) _____ <input type="checkbox"/> Gastrointestinal _____ <input type="checkbox"/> Pedido de dieta especial _____ |
|---|

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos -indique: _____ Restricciones: _____ <input type="checkbox"/> Problemas de los riñones: <input type="checkbox"/> Migrañas/Jaquecas: Medicina: _____ <input type="checkbox"/> Problemas ortopédicos: Indique: _____ Restricciones: _____ <input type="checkbox"/> Convulsiones(tipo) _____ Fecha de última convulsión: _____ Medicina: _____ <input type="checkbox"/> Anemia de célula falciforme: <input type="checkbox"/> Problemas de la visión _____ ¿Usa lentes/gafas? Sí o No ¿Usa lentes de contacto? Sí o No <input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje: _____ Servicios Especiales: _____ <input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza (conmoción cerebral) en el último año: Cuando: _____ Detalles: _____ |
|--|

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> Otras condiciones y/o medicamentos que usa el estudiante regularmente: _____ _____ |
|--|

Mi niño necesitará un plan de acción de emergencia para la condición _____ Sí o No

Nombre del médico / clínica _____ Número de tel. _____

Mi hijo/a tiene: ___ Seguro Médico ___ Seguro Contra Accidentes ___ Medicaid y/o ___ Seguro Dental

Firma de Padre/Madre/Tutor: _____ Fecha: _____