

Nombre del alumno _____

Información del alumno

Grado _____ Género _____ Fecha de nacimiento _____ Maestro(a) _____

Padre/Madre/Tutor (Residencia principal-padre/madre que tiene la custodia) Marque para teléfono no mencionado

Nombre _____ Parentesco _____

Domicilio _____ Ciudad/Estado/Código postal _____

Teléfono de casa _____ Teléfono del trabajo _____

Teléfono celular _____ Otro teléfono _____

Correo electrónico #1 _____ Correo electrónico #2 _____

Padre/Madre/Tutor (Residencia principal-padre/madre que tiene la custodia) Marque para teléfono no mencionado

Nombre _____ Parentesco _____

Domicilio _____ Ciudad/Estado/Código postal _____

Teléfono de casa _____ Teléfono del trabajo _____

Teléfono celular _____ Otro teléfono _____

Correo electrónico #1 _____ Correo electrónico #2 _____

Contacto de emergencia (además del padre/madre/tutor – se notificará primero a los padres en caso de enfermedad/emergencia)

Primer contacto _____	Segundo Contacto _____
Parentesco _____	Parentesco _____
Ciudad _____	Ciudad _____
Teléfono _____	Teléfono _____

FAVOR DE AVISAR A LA ESCUELA SI LA INFORMACIÓN ANTES MENCIONADA CAMBIA DURANTE EL AÑO ESCOLAR

Notificación de servicios de salud escolar

Padres/Tutores: Lo siguiente es una notificación única que seguirá a su hijo mientras esté inscrito en las escuelas BHM. Por favor, firme a continuación su acuse de recibo.

La Política de Medicamentos del Distrito Escolar de BHM requiere la firma de un prescriptor autorizado para todos los medicamentos recetados y la firma de un padre/tutor en todos los medicamentos administrados durante el horario escolar. Todos los formularios de permiso de medicamentos, planes de acción para alergias, planes de acción para el asma, órdenes para la diabetes, planes de acción para las convulsiones y planes de tratamiento (órdenes de alimentación enteral, órdenes de cateterismo, órdenes de cuidado de ostomía, etc.) TIENEN QUE ser proporcionados por el padre/tutor del estudiante a la oficina de salud anualmente y solo están activos hasta 1 año después de la fecha en que se firmó originalmente (a menos que el proveedor indique lo contrario).

Firma _____ Fecha _____
Padre/madre/Tutor

FAVOR DE LLENAR AMBOS LADOS



INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del alumno

**** Aviso: es responsabilidad de los padres avisar a la compañía encargada del transporte escolar de cualquier problema de salud del alumno.****

Política de privacidad: De conformidad con la Ley de privacidad de datos del gobierno de Minnesota, la información que usted proporcione *puede* compartirse con personal del distrito que trabaje con su hijo(a) con base en necesidades educativas. No se podrá compartir información con terceros sin el permiso de Usted. El personal de la escuela tiene la obligación de denunciar cuando se sospeche de casos de abuso o descuido de menores así como cuando se sospeche el uso excesivo o habitual de drogas por parte de los padres o tutores. Usted tiene el derecho de retener información relativa a la salud; sin embargo, al hacerlo la escuela no podrá proporcionar el entorno más seguro para su hijo(a).

¿ Su hijo(a) tiene?: Favor de marcar TODO lo que sea pertinente

Asma He completado un plan de acción en caso de asma para este año escolar.
 Necesito un plan de acción en caso de asma para mi hijo(a) para este año escolar.

Inhaladores Conservar en la enfermería.
 Conservar con el/la alumno(a).
Se debe llenar un plan de acción anualmente.

Dolores de cabeza **Migraña** **No Migraña**
(mas de 4 por mes)

Medicaciones según sea necesario _____

La familia debe proporcionar las medicaciones del alumno(a)

Alergias

Mencione _____
 Tratamiento _____

¿Medicación de emergencia? S N

Antihistamínico Auto inyector de epinefrina
 (ej. Benadryl, Zyrtec) (ej. Epi Pen, AuviQ)

Si el alumno(a) usa medicación de emergencia, se debe llenar un plan de acción en caso de alergias anualmente.

Enfermedad cardíaca

Soplo sin lilitaciones
 Otro

Describe _____
 Medicaciones _____

Salud mental

Describe _____
 Medicaciones _____

ADD/ADHD

Medicación _____

Se administra: En casa En la escuela

Problemas ortopédicos

Limitaciones
 Describe _____

Sin limitaciones

Enfermedades hemorrágicas (como ITP o hemofilia)

Describe _____

Cáncer

Tipo _____

Convulsiones

Solo febril (sugerir Tylenol/Ibuprofeno en la enfermería) -
 No es necesario un plan sanitario

Otro Describe _____

Medicaciones _____

Favor de llenar anualmente un Plan sanitario de emergencia en caso de convulsiones.

Diabetes

Tipo I Tratamiento _____
 Tipo II Tratamiento _____

Favor de llenar un Plan de manejo y emergencias en la escuela relacionadas con la diabetes anualmente.

Otro (como restricciones de actividades, problemas neurológicos, de movilidad, auditivos, de visión, necesidades alimenticias especiales) Describe la inquietud:

Doctor _____

Firma _____

Padre/Madre/Tutor(a)

Clínica _____