

FORMULARIO DE SALUD Y EMERGENCIA

Solo oficina:
Año escolar vigente:
20____/20____

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

☐☐

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

Este es un permiso que sirve una sola vez y que acompañará a su hijo(a) mientras esté inscrito(a) en las escuelas de Buffalo-Hanover-

Montrose.

Si cambia de opinión, favor de notificar por escrito a la escuela de su hijo(a).

He recibido el “Yoduro de potasio (KI) Ministerio de salud de Minnesota: ¿Qué es y qué hace?”.

Mi hijo(a) PUEDE ☐ NO PUEDE ☐

recibir yoduro de potasio según la dosis recomendada por el Ministerio de salud de Minnesota en caso de un incidente nuclear en la planta de energía nuclear de Monticello.

Mi hijo(a) es alérgico(a) al yodo Sí ☐ No ☐

**** Atención:** a los alumnos que no tengan el permiso debidamente llenado NO se les ofrecerá KI en caso de un incidente nuclear.

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.	

☐ 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 <u>emergencia</u> , se debe llenar un plan de acción en caso de alergias anualmente.

☐ ADD/ADHD
Medicación _____
Se administra ☐ En casa ☐ En la escuela

☐ Enfermedades hemorrágicas (como ITP o hemofilia)
Describe _____

☐
☐ Cáncer Tipo _____
☐

☐ Diabetes
Tipo I Tratamiento _____
Tipo II Tratamiento _____
Favor de llenar un Plan de manejo y emergencias en la escuela relacionadas con la diabetes 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)

☐ Enfermedad cardíaca
☐ Soplo sin limitaciones
☐ Otro
Describe Medicaciones _____

☐ Salud mental
Describe _____
Medicaciones _____

☐ Problemas ortopédicos
Tipo Limitaciones Describe _____
Sin limitaciones
☐

☐ 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.

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

Doctor _____

Clínica _____

Firma _____

Padre/Madre/Tutor(a)

Para consultar con la enfermera de la escuela, comunicarse con Heidi Gallart, RN al 763-682-8514 ó hgallart@bhmschools.org para las escuelas primarias o con Karen Schultz, RN al 763-682-8120 ó kschultz@bhmschools.org para las escuelas secundarias.