



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.

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 _____

ADD/ADHD

Medicación _____

Se adminis En casa En la escuela

Salud mental

Describe _____

Medicaciones _____

Enfermedades hemorrágicas (como ITP o hemofilia)

Describe _____

Problemas ortopédicos

Tipo Limitaciones Describe _____
Describe _____

Sin limitaciones

Cáncer Tipo _____

Convulsiones

Solo febril (sugerir Tylenol/Ibuprofeno en la enfermería)²(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 _____

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.