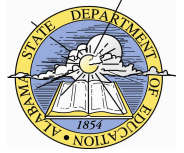


**Departamento de Educación del Estado de Alabama  
Récord de Evaluación Médica  
Año Escolar 2015-2016**



Para el padre o tutor:

El propósito de este formulario es proporcionarle a la enfermera escolar información adicional sobre las necesidades médicas de su hijo/a. Es posible que la enfermera escolar se comunique con usted para obtener más información. La información que se solicita se considera esencial para satisfacer las necesidades médicas de su hijo/a. La información se mantendrá en confidencialidad.

Este formulario solicita información que le será útil a la enfermera escolar cuando complete los planes de cuidado médico / de emergencia.

Favor de imprimir

Nombre del estudiante (Apellido, primer nombre, segundo nombre)		Número de seguro social	Fecha de nacimiento	Sexo
Dirección (Calle)		Raza/Etnicidad		
(Ciudad y código postal)		<input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> Blanco, no de origen hispano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Negro, no de origen hispano <input type="checkbox"/> Otro		
Número de teléfono en la casa		Escuela		Grado

Nombre del padre/Tutor (apellido, primer nombre, segundo nombre)

Transporte

- Autobús escolar               Carro               Autobús de necesidades especiales               Programa después de la escuela

**Parte I – Para que el padre la complete**

**Lugar donde su hijo/a recibe cuidado médico regularmente:**

- 1 Departamento de salubridad  
 2 Clínica de hospital  
 3 Centro de salubridad de la comunidad  
 4 Doctor privado/HMO  
 5 Otro \_\_\_\_\_  
 6 No tiene lugar regular

**El niño:**

- 1 tiene medicaid  
 2 no tiene seguro  
 3 tiene seguro privado  
 4 tiene ALLKIDS  
 5 tiene algún otro: \_\_\_\_\_

**Nombre del médico local:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

- Autorizo a la enfermera escolar, a la enfermera registrada (RN) o (LPN) a hablar con el médico (o médicos) si surge alguna pregunta sobre las condiciones médicas de mi hijo/a.  
 NO autorizo a la enfermera escolar, a la enfermera registrada (RN) ni (LPN) a hablar con el médico (o médicos) si surge alguna pregunta sobre las condiciones médicas de mi hijo/a.  
 Autorizo para mi niño a tomar parte en todas investigaciones de la salud de la escuela.  
 Autorizo la liberación de mi información transmisible de la enfermedad de niño (viruela de pollo embala, etc...) ser soltado al Departamento Sanitaria local.

**FOR OFFICE USE ONLY  
Acuity Scale:**

Level A Nursing Dependent	Level B Medically Fragile	Level C Medically Complex	Level D Health Concerns
------------------------------	------------------------------	------------------------------	----------------------------

State of Alabama Department of Education  
Health Assessment Record – Spanish

## Parte II – Historial médico

>>>>> Marque sólo lo que corresponda y devuelva a la enfermera escolar <<<<<<	
<input type="checkbox"/> <b>NO SE CONOCE NINGÚN PROBLEMA DE SALUD</b>	
<input type="checkbox"/> <b>(ADD) Trastorno de déficit de atención (Attention Deficit Disorder)</b> o <input type="checkbox"/> <b>(ADHD) Trastorno de déficit de atención con hiperactividad:</b>	<input type="checkbox"/> ¿Requiere medicamento? <input type="checkbox"/> ¿para administrarse en la escuela?
<input type="checkbox"/> <b>Asma:</b>	<input type="checkbox"/> ¿Usa un inhalador en la escuela? <input type="checkbox"/> ¿Usa un inhalador en la casa?
<input type="checkbox"/> <b>Alergias: (severas)</b> <input type="checkbox"/> <b>Alimentos</b> <input type="checkbox"/> <b>Insectos</b> <input type="checkbox"/> <b>Medio ambiente</b> <input type="checkbox"/> <b>Medicamentos</b>	<input type="checkbox"/> ¿Urticaria/sarpullido? <input type="checkbox"/> ¿dificultad para respirar? <input type="checkbox"/> ¿Epi-pen?
<input type="checkbox"/> <b>Problemas de sangrado:</b> <small>(Hemofilia, Von Willebrand's, sangrado de la nariz frecuente)</small>	<input type="checkbox"/> ¿Requiere medicamento? Especifique:
<input type="checkbox"/> <b>Cáncer/Leucemia:</b>	Especifique:
<input type="checkbox"/> <b>Parálisis cerebral:</b>	Especifique:
<input type="checkbox"/> <b>Fibrosis cística:</b>	Especifique:
<input type="checkbox"/> <b>Problemas dentales:</b>	Especifique:
<input type="checkbox"/> <b>Diabetes:</b> <input type="checkbox"/> <b>Diabético tipo 1</b> <input type="checkbox"/> <b>Diabético tipo 2</b>	<input type="checkbox"/> ¿monitorea el azúcar en la sangre cuando está en la escuela? <input type="checkbox"/> ¿requiere insulina cuando está en la escuela? <input type="checkbox"/> ¿orden de glucagon? <input type="checkbox"/> ¿bomba de insulina? <input type="checkbox"/> ¿se controla con dieta?
<b>Emocionales/conductuales/psicológicos:</b> <i>Especifique:</i>	
<b>Trastorno genético:</b> <i>Especifique:</i>	



## Parte II (continuación) – Historial médico

<b>Dolores de cabeza:</b> <i>Especifique:</i>	
<b>Problemas de audición:</b>	<input type="checkbox"/> Oído derecho <input type="checkbox"/> Oído izquierdo <input type="checkbox"/> Ambos oídos <input type="checkbox"/> ¿Pérdida del oído? <input type="checkbox"/> ¿Ayuda auditiva? <input type="checkbox"/> Implante coclear
<b>Condición del corazón:</b> <i>Especifique:</i>	
<b>Hipertensión (Alta presión arterial):</b>	
<b>Artritis juvenil/Problemas de huesos-articulaciones:</b> <i>Especifique:</i>	
<b>Problemas de los riñones:</b> <i>Especifique:</i>	
<b>Escoliosis:</b>	<input type="checkbox"/> Sin tratamiento <input type="checkbox"/> Usa soporte <input type="checkbox"/> Cirugía
<b>Ataques/convulsiones:</b> <i>Especifique:</i>	Tipo de ataque: _____ <input type="checkbox"/> Orden de Diastat
<b>Anemia drepanocítica:</b>	
<b>Espina bífida:</b>	
<b>Dieta especial:</b> <i>Especifique:</i>	
<b>Problemas de la vista:</b>	<input type="checkbox"/> Usa lentes <input type="checkbox"/> Usa lentes de contacto <input type="checkbox"/> Otro _____
<b>Otras condiciones médicas:</b>	

## Parte III – Equipo médico

<input type="checkbox"/> Tubo gástrico <input type="checkbox"/> Tratamientos nebulizadores <input type="checkbox"/> Suplemento de oxígeno <input type="checkbox"/> Traqueostomía <input type="checkbox"/> Estimulador del nervio vago <input type="checkbox"/> Ventilador <input type="checkbox"/> Silla de ruedas
---

## Firmas requeridas

_____ Firma del padre/tutor	_____ Fecha
_____ Firma de la enfermera	_____ Fecha