



Departamento de Educación del Estado de Alabama
Récord de evaluación de la salud
Año escolar: _____ - _____



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 que la enfermera escolar atienda las necesidades médicas de su hijo/a.

Esta información se mantendrá en estricta confidencialidad.

Para que la complete el padre/tutor.
FAVOR DE IMPRIMIR. Devolver a la enfermera escolar.

Nombre del estudiante (Apellido, primer nombre, segundo nombre)		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	Número de teléfono celular	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 – Información sobre la salud

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

Tipo de seguro que tiene su hijo:

- Medicaid
 No tiene seguro
 Seguro privado
 ALLKIDS
 Otro: _____

Nombre del médico local: _____ **Teléfono:** _____

Dirección: _____

Autorizaciones:

- Autorizo a la enfermera escolar, a la enfermera registrada (RN) o a la enfermera práctica con licencia (LPN) para 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) para hablar con el médico (o médicos) si surge alguna pregunta sobre las condiciones médicas de mi hijo/a.
 Autorizo a que mi hijo/a participe en todas las revisiones de salud escolares, como de la vista, oído y escoliosis.
 Autorizo que el Departamento de Salubridad Pública local revise anualmente el certificado de vacunación (tarjeta azul) de mi hijo/a.

FOR OFFICE USE ONLY			
Acuity Scale:			
Level A Nursing Dependent	Level B Medically Fragile	Level C Medically Complex	Level D Health Concerns



Departamento de Educación del Estado de Alabama
Récord de evaluación de la salud
 Año escolar: _____ - _____



Parte II – Historial médico

<input type="checkbox"/> NO SE CONOCE NINGÚN PROBLEMA DE SALUD (Si no, favor de pasar al final del formulario para la firma del padre o tutor.)	
<input type="checkbox"/> Trastorno de déficit de atención (ADD) <input type="checkbox"/> Trastorno de déficit de atención con hiperactividad (ADHD):	<input type="checkbox"/> ¿Requiere medicamento? <i>(Requiere autorización de medicamento del médico)</i> <input type="checkbox"/> ¿Para administrarse en la escuela?
<input type="checkbox"/> Alergias: <i>Especifique:</i> <input type="checkbox"/> Alimentos <input type="checkbox"/> Insectos <input type="checkbox"/> Medio ambiente <input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> ¿Urticaria/sarpullido? <input type="checkbox"/> ¿Dificultad para respirar? <input type="checkbox"/> ¿Epi-pen? <i>(Requiere autorización de medicamento del médico)</i>
<input type="checkbox"/> Asma:	<input type="checkbox"/> ¿Usa él/ella un inhalador en la escuela? <i>(Requiere autorización del médico)</i> <input type="checkbox"/> ¿Usa él/ella un inhalador en la casa?
<input type="checkbox"/> Problemas de sangrado: <i>(Hemofilia, Von Willebrand, sangrado de la nariz frecuente)</i>	<input type="checkbox"/> ¿Requiere medicamento? Explique: <i>(Requiere autorización de medicamento del médico)</i>
<input type="checkbox"/> Cáncer/Leucemia:	Explique:
<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral:	Explique:
<input type="checkbox"/> Fibrosis cística:	Explique:
<input type="checkbox"/> Problemas dentales:	¿Frenos? o explique:
<input type="checkbox"/> Diabetes: <i>(Requiere autorización de medicamento y procedimiento del médico)</i> <input type="checkbox"/> Diabético tipo 1 <input type="checkbox"/> Diabético tipo 2	<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?
<input type="checkbox"/> Emocionales/conductuales/psicológicos: Explique:	
<input type="checkbox"/> Problemas gastrointestinales/estómago: Explique:	
<input type="checkbox"/> Trastorno genético: Explique:	
<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza: Explique:	
<input type="checkbox"/> Condición del corazón: Explique: ¿Hay alguna restricción de actividad? ¿Algún medicamento que sólo se toma en la casa?	
<input type="checkbox"/> Problemas de oído:	<input type="checkbox"/> Oído derecho <input type="checkbox"/> Oído izquierdo <input type="checkbox"/> Ambos oídos <input type="checkbox"/> Tubos <input type="checkbox"/> ¿Pérdida del oído? <input type="checkbox"/> ¿Ayuda auditiva? <input type="checkbox"/> Implante coclear
<input type="checkbox"/> Hipertensión (Alta presión arterial):	
<input type="checkbox"/> Artritis juvenil/Problemas de los huesos-articulaciones: Explique:	
<input type="checkbox"/> Problemas de los riñones: Explique:	
<input type="checkbox"/> Escoliosis:	<input type="checkbox"/> Sin tratamiento <input type="checkbox"/> Usa soporte <input type="checkbox"/> Cirugía
<input type="checkbox"/> Ataques/convulsiones: Explique:	Tipo de ataque: _____ <input type="checkbox"/> Orden de Diastat
<input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica:	
<input type="checkbox"/> Espina bífida:	
<input type="checkbox"/> Dieta especial: Explique:	
<input type="checkbox"/> Problemas de la vista:	<input type="checkbox"/> Usa lentes <input type="checkbox"/> Usa lentes de contacto <input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Otras condiciones médicas: Incluya <u>todos</u> los medicamentos que sólo se toman en la casa.	

Parte III – Equipo médico/Procedimientos requeridos en la escuela

<input type="checkbox"/> Catéter <input type="checkbox"/> Tubo gástrico <input type="checkbox"/> Tratamientos nebulizadores <input type="checkbox"/> Suplemento de oxígeno <input type="checkbox"/> Traqueotomía <input type="checkbox"/> Estimulador del nervio vagal <input type="checkbox"/> Ventilador <input type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Andador

Firmas requeridas

Firma del padre(s) o tutor: _____	Fecha: _____
Firma de la enfermera escolar: _____	Fecha: _____