

(Apellido/Nombre): _____ Fecha de Nacimiento: _____ M F Grade: _____ # de ID: _____
Nombre del Estudiante

Esta información es necesaria para planear un programa apropiado para su estudiante y para estar preparados para cualquier situación de emergencia en caso de que suceda. ***La ley del Estado de Washington requiere que las CONDICIONES DE AMENAZA-A LA VIDA tales como ANAFILAXIA, DIABETES, CONVULSIONES o ASMA tengan un plan de salud completo antes del primer día de escuela. Por favor contacte a la enfermera de la escuela lo antes posible para asegurarse que todos los documentos estén completos.**

Historial Médico (Señale todas las opciones que apliquen) o No existen preocupaciones de salud en estos momentos (por favor firme al final).

Condiciones Congénitas

A_ Por favor enliste _____

Hematología (Sangre)

BB *Hemofilia _____
 BC Anemia Falciforme _____
 BD Otras condiciones de la Sangre _____

Cardiovascular/Heart Conditions

C_ Por favor enliste _____

Endocrino, Alergia, Sistema Inmunológico, Metabólico, y Nutricional

ED Alergias de alimentos _____
 EE Alergias de insectos _____
 E- Otras Alergias _____
 EG *Condición Anafiláctica (EpiPen) _____
 EJ Fibrosis Quística _____
 EK/L *Diabetes Tipo 1 *Diabetes Tipo 2
 EM Alergias a Medicamento(s) _____
 EN Transtorno Alimenticia _____
 EU Transtorno de la Tiroides _____
 E_ Otro Transtorno Endocrino, Inmune o Metabólico _____

Condiciones Gastrointestinales, Dentales y Orales

GA/J/K Enfermedad Celíaca Crohn's Intestino Irritable
 GH/L Gastroesophageal Reflux Intolerancia a la Lactosa
 GI Otros _____
 GM Enfermedad del Hígado _____
 GD Cnodición Dental _____
 GN Condición Oral _____

Musculoskeletal and Connective Tissue

MC Artritis Idiopática Juvenil _____
 MD Distrofia Muscular _____
 MF Osgood-Schlatter _____
 MH Escoliosis _____
 M_ Otros _____

Piel y Tejido Subcutáneo

SB Detmatitis de Contacto(Eccema) _____
 S_ Otros _____

Sistema Nervioso

ADHD-Inatento ADHD-Hperactividad/Impulsividad
 NB ADHD-Combinado, Diagnosticado el día _____
 NC Desorden del Espectro Autismo _____
 NE Parálisis Cerebral _____
 NF Retraso en el desarrollo _____
 NH/I/J Migrañas Dolores de Cabeza Derivación
 NL Discapacidad Intelectual _____
 NN Parálisis _____
 NP *Transtorno Convulsivo _____
 NQ Cnodición Sensorial _____
 NS Espina Bífidaa _____
 NT Lesión de la Médula Espinal _____
 NU Lesión Cerebral Traumática _____

Condiciones de la salud del Comportamiento

PH Desorden del sueño _____
 PI Síndrome de Tourette _____
 P_ Otros _____

Respiratorio

RA Brocoespasmo inducido por ejercicio *Inhalador
 RH Asma – Diagnosticado por siempre
 RG *Asma – actual *Inhalador
 RE Enfermedad reactiva de las vías respiratorias _____
 RF Otros _____

Neoplasias (Cáncer/Tumores)

T_ Por favor enliste _____

Renal y Genitourinario

UB/U- Infección Crónica del Tracto Urinario Reflujo Urinario
 UC Dismenorrea (periodos menstruales dolorosos) _____
 U_ Otros _____

Ojo y Oído

YB Discapacidad Auditiva _____
 YA/YC Infecciones Crónicas del Oído Infección del Oído _____
 YD Discapacidad Visual _____
 YE Condición de la Vista _____
 YF Usa lentes _____ última evaluación de la vista: _____

Se necesita medicamento en casa? No Yes Please list: _____

Se necesita medicamento en la escuela? No Yes Please list: _____

Hospital de preferencia: _____ No Productos de la Sangre

Si el padre/tutor o el contacto de emergencia autorizado no pueden ser contactados en el momento de una emergencia médica, y si la atención inmediata es urgente a juicio de las autoridades escolares. Autorizo y ordeno a las autoridades escolares que envíen al estudiante al hospital o al médico más accesible. Entiendo que asumiré responsabilidad total por el pago de cualquier servicio prestado. Entiendo que la información dada anteriormente se compartirá con el personal escolar apropiado que necesita saber para proporcionar la salud y la seguridad de mi estudiante. Yo otorgo mi permiso para que el personal del Distrito escolar de Snohomish obtenga y meta las fechas de las vacunas en el WAIS para mantener el archivo de vacunas de mi estudiante.

Fecha: _____ Firma del Padre/Tutor: _____ Teléfono: _____