

(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/genéticas**

- AG  Otros \_\_\_\_\_
- AJ  Trastorno del espectro alcohólico feta \_\_\_\_\_

**Hematología (Sangre)**

- BB  **\*Hemofilia** \_\_\_\_\_
- BC  Anemia Falciforme \_\_\_\_\_
- BD  Otras condiciones de la Sangre \_\_\_\_\_

**Condiciones cardiovasculares / cardíacas**

- CG  Otros \_\_\_\_\_

**Endocrino, Alergia, Sistema Inmunológico, Metabólico, y Nutricional**

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

**Condiciones Gastrointestinales, Dentales y Orales**

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

**Tejido musculoesquelético y conectivo**

- MB  Otros \_\_\_\_\_
- MC  Artritis reumatoide juvenil \_\_\_\_\_
- MD  Distrofia Muscular \_\_\_\_\_
- MF  Osgood-Schlatter \_\_\_\_\_
- MH  Escoliosis \_\_\_\_\_

**Piel y Tejido Subcutáneo**

- SB  Detmatitis de Contacto(Eccema) \_\_\_\_\_
- SH  Otros \_\_\_\_\_

**Se necesita medicamento en casa?**  No  Sí Por favor enumere: \_\_\_\_\_  
**Se necesita medicamento en la escuela?**  No  Sí Por favor enumere: \_\_\_\_\_  
**Hospital de preferencia:** \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

**Sistema Nervioso**

- ADHD-Inatento  ADHD-Hperactividad/Impulsividad
- NB  ADHD-Combinado, Diagnosticado el día \_\_\_\_\_
- NC  Desorden del Espectro Autismo \_\_\_\_\_
- ND  Condición del sistema nervioso central Otro \_\_\_\_\_
- NE  Parálisis Cerebral \_\_\_\_\_
- NF  La discapacidad del desarrollo \_\_\_\_\_
- NH/I/J  Migrañas  Dolores de Cabeza  Derivación
- NN  Paralisis \_\_\_\_\_
- 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**

- PA  Ansiedad \_\_\_\_\_
- PC  Depresión \_\_\_\_\_
- PH  Desorden del sueño \_\_\_\_\_
- PI  Síndrome de Tourette \_\_\_\_\_
- PJ  Otros \_\_\_\_\_

**Respiratorio**

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

**Neoplasias (Cáncer/Tumores)**

- TI  Otros \_\_\_\_\_

**Renal y Genitourinario**

- UB  Infección Crónica del Tracto Urinario \_\_\_\_\_
- UC  Dismenorrea (periodos menstruales dolorosos) \_\_\_\_\_
- UD  Condición genito-urinaria otro \_\_\_\_\_
- UH  Condición renal otro \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_

# INFORMACIÓN DE URGENCIA

Nombre del estudiante en letras de molde: \_\_\_\_\_ Camión #: \_\_\_\_\_

Para poder proveer atención inmediata y segura para su hijo/a y para cumplir con sus deseos en caso de daño o enfermedad en la escuela, requerimos la siguiente información. Favor de llenar completamente. **En letras de molde, por favor.**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Cumpleaños: \_\_\_\_\_ Año en que gradúe: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Inicial del segundo

Dirección de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad CP

Vive con:  Padres  Madre sola  Madre/padrastro  Guardián  Padre solo  Padre/Madrastra

Otro: \_\_\_\_\_

Nombre de padre/madre/Guardián 1: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Tel. del trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Nombre de padre/madre/Guardián 1: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Tel. del trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Idioma principal en la casa :  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

Guardería (si tiene): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Proveedor de atención médica (si hay): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Favor de llenar lo siguiente si el estudiante tiene un padre o madre con quien no vive que puede hacer decisiones urgentes para el estudiante y puede recibir copias de documentos que tienen que ver con este estudiante, incluso noticias, reportes de calificaciones, correspondencia, etc..**

Dirección de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad CP

Nombre de padre/madre/Guardián 1: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Donde trabaja: \_\_\_\_\_ Tel. del trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Nombre de padre/madre/Guardián 2: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Donde trabaja: \_\_\_\_\_ Tel. del trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

**Además de los padres/guardianes, si no se puede poner en contacto con usted, la escuela puede hablar con y mandar a su hijo/a con cualquier de las siguientes personas:**

Nombre 1: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Tel del trabajo : \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Nombre 2: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Tel del trabajo : \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Nombre 3: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Tel del trabajo : \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

**Favor de alistar todos sus hijos en el Distrito escolar de Snohomish este año. (Favor de alistar los estudiantes en esta escuela primero.)**

Apellido	Primer nombre	Escuela	Grado
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Firma de padre/madre o guardián legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Favor de tachar aquí si hay información nueva en este formulario.

**\*\*\*HAY QUE REGRESAR ESTE FORMULARIO PARA INSCRIBIRSE**