

(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.**

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: _____

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

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**