**Barstow Unified School District**

**Información de Salud del Estudiante**

Nombre del Estudiante: \_\_\_     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_     \_\_\_ Grado:       Fecha de Nacimiento:

***Apellido Nombre Inicial***

Telé de Casa:       Telé del Trabajo:       Celular del padre/madre/tutor:

**PADRE/TUTOR:** Por favor marque la/s caja/s apropiada/s, si alguna, que mejor describa la condición/es actual/es de salud de su hijo/a y regrese la forma completa a la escuela. Por favor provea información específica de la condición/es del estudiante que quizás afecten el aprendizaje y la participación en las actividades escolares.

**MEDICAMENTOS:** Todos los medicamentos (con receta, sin receta, remedios homeopáticos/caseros, vitaminas, etc.), los cuales tengan que ser administrados durante el día, o durante actividades escolares, requieren una Autorización Médica para Administración que tiene que ser completada y firmada por el doctor y el padre. No se les permite a los estudiantes que tengan el medicamento y/o inhaladores con ellos si no tienen una Autorización Médica para Administración.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **√** | **Condición Médica** | **Medicamento** | **Información Especifica** |
|  | ADD/ADHD |  |  |
|  | Alergia- abejas/insectos Peligroso  Sí  No |  |  |
|  | Alergia- Comida Peligroso  Sí  No |  |  |
|  | Alergia- Medicamentos Peligroso  Sí  No |  |  |
|  | Alergia- Otro (animales, látex, etc.) Peligroso  Sí  No |  |  |
|  | Asma- Leve a  Moderada o  **Grave** (marque una) |  |  |
|  | Autismo |  |  |
|  | Defectos de Nacimiento/Trastorno Genético |  |  |
|  | Problema de Vejiga/Riñón |  |  |
|  | Afecciones de la sangre (crónica) |  |  |
|  | Parálisis Cerebral |  |  |
|  | Colitis / enfermedad de Crohn |  |  |
|  | Problema Confidencial de salud (llame a la enfermera del Distrito) |  |  |
|  | Diabetes **(Requiere reunión con enfermera del distrito)** |  |  |
|  | Síndrome de Down/Discapacidad intelectual |  |  |
|  | Trastorno Emocional/psicológico/de alimentación |  |  |
|  | Problemas auditivos (infecciones, tubos, daño a los nervios, etc.) |  |  |
|  | Sordo/problemas de audición  Oído Derecho  Oído Izquierdo |  |  |
|  | Audífonos  Oído Derecho  Oído Izquierdo |  |  |
|  | Problemas del corazón-No hay restricciones o con restricciones (marque uno) |  |  |
|  | Hemofilia – llame a la Enfermera del Distrito |  |  |
|  | Hipoglucemia, diagnosticada por el médico |  |  |
|  | Medicamentos que se toman en el hogar, explique |  |  |
|  | Medicamentos que se toman en la escuela **(Requiere nota médica)** |  |  |
|  | Problemas menstruales (severos) |  |  |
|  | Dolores de cabeza/Migraña (diagnosticó médico, lista de medicamentos) |  |  |
|  | Hemorragias nasales - Severa |  |  |
|  | Condición ortopédica- Descripción: |  |  |
|  | Limitación de Actividad Física **(Se requiere nota médica)** |  |  |
|  | Prótesis |  |  |
|  | Escoliosis (diagnostico médico) |  |  |
|  | Trastorno convulsivo-Tipo: |  |  |
|  | Anemia de células falciformes (explicar) |  |  |
|  | Trastornos de la piel |  |  |
|  | Dificultades del habla |  |  |
|  | Lesión cerebral traumatica |  |  |
|  | Tuberculosis/o antecedentes de pruebas cutáneas positivas. Prueba cutánea positiva requiere radiografía de tórax. Lista de Medicamentos |  |  |
|  | Deterioro visual  Ojo Derecho  Ojo Izquierdo |  |  |
|  | Gafas/lentes de contacto  Distancia  Lectura |  |  |
|  | **Otra/s preocupación/es de salud que no se nombren es esta lista-Describa:** |  |  |
|  | **NO HAY PREOCUPACIONES DE SALUD EN** **ESTE MOMENTO** |  |  |

¿Tiene actualmente Seguro Médico/Medi-cal?  Sí  No Seguro Dental  Sí  No Seguro de la Vista  Sí  No

Si, sí, escriba el nombre de la empresa de seguros o empresas

**EN CASO DE NECESIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA Y QUE NO NOS PODAMOS COMUNICAR CON USTED, VAMOS A LLAMAR AL 911. LOS ESTUDIANTES PUEDEN SER TRANSPORTADOS AL Barstow Community Hospital.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del Padre/Tutor Fecha** Rev 4/12