



El Departamento de Educación del Estado de Alabama
Registro de Evaluación de la Salud
Año Escolar: 2014 - 2015



Para los Padres o Tutores:

El propósito de este formulario es proporcionar a la enfermera de la escuela la información adicional con respecto a las necesidades de salud de su hijo. Es posible que la enfermera pueda comunicarse con Ud. para obtener más información. La información solicitada es esencial para la enfermera satisfacer las necesidades de salud de su hijo.

Esta información se mantendrá estrictamente confidencial.

Para ser rellenado por el padre/tutor.

Utilice sólo letras de Imprenta Por Favor. Vuelva a la Enfermera de la Escuela

Nombre del Estudiante (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)		Fecha de Nacimiento	El Sexo
Dirección de Domicilio (La Calle)	Raza/Etnia ☐ Indio Americano ☐ Angloamericano, no de origen Hispano ☐ Asiático ☐ Hispano/Latino ☐ Negro, no de origen Hispano ☐ Otra		
(La Ciudad y Código Postal)			
Número de Tel. en Casa			
Nombre de Padre/Tutor (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)			

Transportación

☐ Pasajero de Autobús ☐ Pasajero de Carro ☐ Pasajero del Autobús de Incapacitados ☐ El Programa de Clases Extendidas

Parte I – Información de Salud

Lugar donde recibe su hijo atención médica regular:	Lugar donde recibe su hijo cuidado dental regular:	Tipo de seguro médico de su hijo:
☐ El Centro de Salud Público	☐ El Centro de Salud Público	☐ Medicaid
☐ Clínica Hospital	☐ Clínica Hospital	☐ Ninguno
☐ Una Clínica Comunitaria de Salud	☐ Una Clínica Comunitaria de Salud	☐ Segura Privada
☐ Un médico privado/HMO	☐ Un médico privado/HMO	☐ ALLKIDS
☐ Otro _____	☐ Otro _____	☐ Otra: _____
☐ En ningún lugar regular	☐ En ningún lugar regular	
Nombre del médico: _____	Nombre del Dentista: _____	
Dirección: _____	Dirección: _____	
Tel: _____	Tel: _____	

Autorizaciones:

☐ **Sí**, autorizo a la enfermera de la escuela, la enfermera registrada (RN), o la enfermera práctica con licencia (LPN) hablar con el médico en caso de que hay preguntas sobre la condición médica de mi hijo.

☐ **No**, no autorizo a la enfermera de la escuela, la enfermera registrada (RN), o la enfermera práctica con licencia (LPN) hablar con el médico en caso de que hay preguntas sobre la condición médica de mi hijo.

☐ **Sí**, autorizo a mi hijo participar en todos los exámenes escolares de salud, tales como visión, audición, y escoliosis.

☐ **Sí**, autorizo la revisión anual de la cartilla azul de inmunización de mi hijo por la oficina local del Centro de Salud Pública.

Utilizado Por La Oficina Solamente			
Escala de Acuidad:			
Nivel A Dependiente de la Enfermería	Nivel B Frágiles de Salud	Nivel C Medicamento Complejo	Nivel D Asuntos de Salud



El Departamento de Educación del Estado de Alabama
Registro de Evaluación de la Salud
Año Escolar: 2014 - 2015



Parte II – Historial Clínico

☐ **No Sé de Ningún Problema de Salud**

(Si no hay, por favor vaya directamente a la parte inferior de la página y proporcione la firma del padre/tutor.)

☐ Enfermedad de Déficit de Atención (ADD) O ☐ Enfermedad de Déficit de Atención con Hiperactividad (ADHD)	☐ ¿Requiere Medicina? <i>(Requiere la autorización del médico para la medicina)</i>
☐ Alergias: Por favor especifique : ☐ Los Alimentos _____ ☐ Los Insectos _____ ☐ Del Medio Ambiente _____ ☐ Los Medicamentos _____	☐ ¿Será administrada en la escuela?
☐ El Asma:	☐ ¿Urticaria/erupciones?
☐ Problemas Sangrantes: (Hemofilia, Von Willebrand's, Hemorragias Nasales Frecuentes)	☐ ¿Dificultad para Respirar?
☐ Cancer/Leucemia:	☐ ¿Epi-pen? <i>(Requiere la autorización del médico para la medicina)</i>
☐ Parálisis Cerebral:	☐ ¿Él/Ella usa un inhalador en la escuela? <i>(Requiere autorización del médico)</i>
☐ La Fibrosis Quística :	☐ ¿Requiere Medicina? Por favor, explique: <i>(Requiere la autorización del médico para la medicina)</i>
☐ Problemas Dentales:	Por favor, explique:
☐ Diabetes: <i>(Requiere la autorización de medicamentos y el procedimiento del médico)</i> ☐ Diabético Tipo 1 ☐ Diabético Tipo 2	Por favor, explique:
☐ Emocional/de Comportamiento/Psicológico: Por favor, explique:	
☐ Problemas Gastrointestinales y del estómago: Por favor, explique:	
☐ Enfermedad Genética: Por favor, explique:	
☐ Dolores de Cabeza: Por favor, explique:	
☐ Problemas de Audición:	☐ Oído Derecho ☐ Oído Izquierdo ☐ Ambos Oídos ☐ Tubos ☐ ¿Pérdida de Audición? ☐ ¿Audífono? ☐ Implante Coclear
☐ Enfermedad Cardíaca: Por favor, explique: ¿Hay alguna restricción? ¿Hay medicamentos que se toma sólo en casa?	
☐ Hipertensión (Presión Arterial Alta):	
☐ La Artritis Juvenil/Problemas en las Articulaciones del Hueso: Por favor, explique:	
☐ Problemas en los riñones: Por favor, explique:	
☐ Escoliosis:	☐ Ningún Tratamiento ☐ Utilice Soporte ☐ Cirugía
☐ Ataques/Convulsiones: Por favor, explique:	Tipo de Ataque: _____ ☐ Orden de Diastat
☐ Anemia de Células Falciformes:	
☐ Espina Bífida:	
☐ Dieta Especial: Por Favor, explique:	
☐ Problemas de Vision:	☐ Usa gafas/lentes ☐ Lentes de Contacto ☐ Otra, _____
☐ Otras Condiciones Médicas: Por favor incluye <u>cualquier</u> medicamento que se toma en casa solamente.	

Parte III – Equipo Médico/Procedimientos Requeridos en la Escuela

☐ Catéter	☐ Sonda Gástrica	☐ Tratamientos Nebulizar	☐ Suplemento de Oxígeno
☐ Estimulador del Nervio Vago (VNS)	☐ Ventilador	☐ Silla de Ruedas	☐ Traqueotomía
			☐ Caminante

Firmas Requeridas

Firma del Padre(s)/Tutor: _____ Fecha: _____

Firma de la Enfermera de la Escuela : _____ Fecha: _____