Actualización de alerta médica del alumno 2020/2021

Nombre del alumno: _____ _____ _____ _____

Apellido | Primer nombre | Inicial del 2.º nombre | Fecha de nacimiento | Grado/Maestro

Complete el formulario y firme debajo. Es posible que la información médica del alumno se comparta con el personal de la escuela en formato escrito, oral y electrónico, a medida que se requiera y según sea necesario para proteger la salud de su hijo. **Informe todas las actualizaciones al centro de salud.**

- ❑ **No tiene problemas de salud física.**
- ❑ **No toma medicamentos en la escuela.**

Alergias: mencione los alérgenos y las reacciones (confirmadas por un médico)

- ❑ Alergias Ambientales_____
- ❑ Alergias a Alimentos _____
- ❑ Alergias a Insectos_____
- ❑ Alergias a Medicamentos _____
- ❑ Otras_____
- ❑ Epinefrina (EpiPen®) recetada
- ❑ Necesita tomar medicamentos para la alergia en la escuela
- ❑ No necesita tomar medicamentos para la alergia en la escuela.

Asma (confirmada por un médico)

- ❑ Necesita tomar medicamentos para el asma en la escuela
- ❑ Tiene un diagnóstico pero no necesita tomar medicamentos para el asma en la escuela.

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (ADD/ADHD, por sus siglas en inglés)

- ❑ Necesita tomar medicamentos para el ADD/ADHD en la escuela _____.
- ❑ Toma medicamentos para el ADD/ADHD en su hogar únicamente _____.
- ❑ Tiene un diagnóstico pero no toma medicamentos.

Enfermedad cardiovascular

- ❑ _____

Enfermedad congénita

- ❑ _____

Diabetes

- ❑ Diagnosticada el ___/___/____.
- ❑ Es insulina dependiente.
- ❑ No es insulina dependiente.

Enfermedad gastrointestinal

- ❑ _____

Trastorno de salud mental

- ❑ Ansiedad
- ❑ Depresión
- ❑ Autismo
- ❑ Síndrome de Asperger
- ❑ Otro _____

Dolores de cabeza con migraña

- ❑ Necesita tomar medicamentos para la migraña en la escuela
- ❑ Tiene un diagnóstico pero no necesita tomar medicamentos para la migraña en la escuela.

Audición

- ❑ Usa audífono(s)_____.
- ❑ Se le diagnosticó pérdida de la audición a los _____ años de edad.

Enfermedad renal (urinaria)

- ❑ _____.

Convulsiones/Enfermedad neurológica

- ❑ Necesita tomar medicamentos anticonvulsivos en la escuela
- ❑ Toma medicamentos anticonvulsivos en su hogar _____
- ❑ Tiene antecedentes de convulsiones pero no está medicado actualmente.
  Fecha de la última convulsión ___/___/____.
- ❑ Otra enfermedad neurológica_____
  _____.

Visión

- ❑ Corregida con lentes recetados
- ❑ Otro problema _____

Otros

- ❑ Otro problema de salud que pueda afectar la asistencia o el desempeño en la escuela _____.
  _____.
- ❑ Medicamentos aún no mencionados que su hijo deba tomar en la escuela _____.
- ❑ Impedimentos físicos _____.
  _____

NOTA: En caso de que se necesite medicación, uno de los padres y el proveedor de atención médica deben completar un formulario de Autorización para la administración de medicamentos en la escuela para que se puedan administrar los medicamentos en el establecimiento. Los alumnos de 12 años de edad y mayores pueden llevar y autoadministrarse medicamentos de acuerdo con las disposiciones de BP 5432 relacionadas con Medicamentos en la escuela. Comuníquese con el enfermero escolar para obtener información adicional.

Autorización para retirar al alumno y obtener tratamiento: *Entiendo que, en caso de accidente o enfermedad, la escuela hará todo lo posible por comunicarse con el padre o tutor de mi hijo. Si no pueden localizar al padre o tutor, autorizo y pido a las autoridades escolares que obtengan atención de emergencia para mi hijo. Si la enfermedad o lesión no representa una emergencia y el personal de la escuela no puede comunicarse con el padre o tutor, doy mi autorización para que la persona o las personas de contacto alternativo que he designado puedan retirar al niño.*

Firma del padre o tutor _____ Fecha _____