



INFORMACIÓN ANUAL DE SALUD DEL ESTUDIANTE Y DE EMERGENCIA

Revisado por: _____ Fecha: _____

Nombre del estudiante	Fecha de nacimiento	Género	Grado	Maestro/a		
Padre, madre o tutor	Dirección	Ciudad	Código postal	Tel. celular/fijo	Tel. trabajo	Correo electrónico
Padre, madre o tutor	Dirección	Ciudad	Código postal	Tel. celular/fijo	Tel. trabajo	Correo electrónico
Proveedor de salud	Teléfono	Hospital preferido	Proveedor de salud odontológica	Teléfono		
Tipo de Seguro Médico (marque uno)	Privado	Militar/Tricare	Apple Health/Medicaid	Ninguno	Otro: _____	
Si en caso de emergencia no es posible ponerse en contacto con el padre, madre o tutor, ponerse en contacto con:						
Nombre del contacto de emergencia	Dirección	Ciudad	Código postal	Tel. celular/fijo	Tel. trabajo	Correo electrónico
Nombre del contacto de emergencia	Dirección	Ciudad	Código postal	Tel. celular/fijo	Tel. trabajo	Correo electrónico

Afecciones riesgasas para la vida

RCW 28.A210.320 exige que todas las escuelas públicas prohíban la asistencia a la escuela por cualquier motivo de un estudiante con una "afección riesgosa para la vida" que no tenga medicación o tratamiento indicado y un plan de cuidado de salud registrado en la escuela. Por "afección riesgosa para la vida" se entiende una condición de salud que pondrá al niño/a en peligro de muerte durante la jornada escolar si no existe medicación o tratamiento indicado y un plan de cuidado de salud. Los estudiantes que no cumplan con RCW 28A.210.320 no pueden asistir a la escuela hasta el momento en que cumplan con todos los requisitos. El padre, madre o tutor que impugne el fallo de las escuelas tiene derecho al debido proceso tal como indica la Política del Distrito Escolar Tumwater 3200.

¿Su hijo/a tiene una afección riesgosa para la salud? Sí No

Prescripción Epi-Pen Sí No Alérgico a: _____

Describe la reacción: _____

Fecha de la última reacción: _____

¿Su hijo/a tiene asma grave? Sí No

¿Hospitalizaciones/visitas a sala de emergencias/esteroides vía oral/2 visitas no planificadas en el último año? Sí No

Diabetes Problemas de coagulación: Describe _____

Convulsiones: Tipo _____

Cardíaco: Describe _____

Información de Salud

Alergias: Enumere _____

Describe una reacción moderada _____

Asma: Con inhalador Sin inhalador

Desencadenantes: Infección Resp. Ejercicio Polen Moho Animales _____

Humo Olores/gases Cambio de clima/temp. Alimentos _____

ADD ADHD Trastorno en el habla Anteojos/lentes de contacto

Aparato de audición

Asistencia para la alimentación _____

Asistencia para la movilidad _____

Otras condiciones de salud _____

Medicaciones usadas actualmente: _____ Toma en:

Escuela Casa

Escuela Casa

Escuela Casa

No tiene condiciones médicas

Política del Distrito para la Administración de Medicación a los Estudiantes: Las medicaciones, con o sin receta, pueden ser administradas a los estudiantes por los administradores del edificio o su representante(s) únicamente con un **PERMISO ESCRITO del padre, madre o tutor Y de la Indicación del Proveedor de Salud Autorizado para la Medicación en la Escuela**. Entiendo que los proveedores de salud autorizados tienen formularios de Autorización para Medicación o que el formulario está disponible en las escuelas TSD o en línea en la página web de TSD.

Si su hijo/a se enferma o lesiona en la escuela, nos pondremos en contacto con el padre, madre o tutor o la persona de contacto de emergencia, si es posible, y llamaremos al 911, si la lesión o enfermedad lo requiere. Autorizo la divulgación de la información médica de mi hijo/a, al personal de la escuela, según sea necesario, para garantizar su seguridad en la escuela. Entiendo que será mi responsabilidad coordinar el pago del cuidado médico, en caso de que mi hijo/a se enferme o lesione. He leído y comprendido el presente formulario.

Firma del Padre/Madre o Tutor Fecha