**Distrito Escolar de Cashmere**

**Enfermera del Distrito – Amber Varrelman, RN**

**509-782-2001 Fax 509-782-2547**

**INFORMACION DE SALUD DEL ESTUDIANTE**

*La siguiente información es para ayudar al personal de la escuela entender las preocupaciones de salud que puedan afectar la seguridad o la educación de su hijo.*

**Nombre de Estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 *Primero Segundo Apellido*

**Fecha de Nacimiento**: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Sexo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre(s) de Padre/Encargado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Teléfono: #1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ #2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ #3\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**HISTORIAL MEDICO** *Por favor marque si su niño tiene alguna de las siguientes condiciones de salud*:

\_\_\_\_ Asma ❒ Será necesario inhalador en la escuela ❒¿Ha visitado el hospital/sala de emergencias en los últimos cinco años por asma?

\_\_\_\_ ¿Alergia severa, requiere Epi Pen? ¿A que es alérgico su estudiante? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Diabetes ❒ requiere inyecciones de insulina

\_\_\_\_ Ataques epilépticos/convulsiones

\_\_\_\_ Condición del corazón

\_\_\_\_ ADD/ADHD ❒ Medicado

\_\_\_\_ Otros – por favor explique cualquier problema de salud que la escuela necesita saber:

\_\_\_\_ ¿Condición de salud que pone en riesgo la vida? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ¿Su hijo usa audífonos? ❒Sí ❒No ¿Su niño usa lentes/contactos? ❒Sí ❒No

❒ **Mi hijo no tiene NINGUN PROBLEMA DE SALUD**

**CONDICIONES QUE PONEN EN RIESGO LA VIDA**

**\* En caso afirmativo, una reunión con la enfermera de la escuela es requerida. Ley Estatal de Washington requiere que las ordenes de medicamento o tratamiento y un plan de cuidado de la salud estén establecidos antes de comenzar la escuela.**

**MEDICAMENTOS**

¿Toma su hijo algún medicamento? ❒ No ❒ Sí, nombre del medicamento:

Razón por la que toma este medicamento:

¿Es necesario administrar este medicamento en la escuela? ❒ No ❒ Sí\*

**\* Si su niño necesita medicamento en la escuela, por favor comuníquese a la escuela para obtener la forma de “Autorización de Medicamentos”. Este formulario debe ser completado por un proveedor de salud todos los años antes de que cualquier medicamento pueda ser administrado en la escuela.**

**RCW28A.210 Sec. 1** exige que todos los estudiantes con condiciones que ponen en riesgo su vida deban tener tanto la autorización médica y el medicamento necesario en la escuela **ANTES** de que se les permita a los estudiantes asistir a la escuela. Los medicamentos que se requieran en virtud de esta ley incluyen, pero no se limitan a: los inhaladores, Epi Pens, insulina y medicamentos para convulsiones.

Yo autorizo y doy mi consentimiento a las autoridades del Distrito Escolar de Cashmere para obtener tratamiento médico de emergencia. También autorizo a las autoridades médicas para llevar a cabo o administrar un tratamiento de emergencia necesario. Las autoridades no prescindirán de contactarme antes de confiar en esta autorización.

**AUTORIZACION PARA COMPARTIR INFORMACION DE SALUD** Yo entiendo que la información aquí proporcionada puede ser compartida con algunos miembros del personal escolar para proveer cuidado de salud y seguridad de mi hijo.

Firma de Padres/Encargados: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_