

Ellensburg School District #401

DOCUMENTO ANUAL SOBRE LA SALUD DEL ESTUDIANTE (PREOCUPACIONES)

Este cuestionario está diseñado para ayudar al personal de la escuela a anticipar cualquier problema de salud que pueda afectar la seguridad o el aprendizaje de su hijo.

Nombre del Estudiante: _____ Año Escolar: _____

Escuela: _____ Grado _____ Género _____ Fecha de nacimiento: _____

<p>ALERGIA QUE AMENAZA LA VIDA: <u>Si requiere un inyector de epinefrina en la escuela y seguimiento médico. ** Debe contactar a la enfermera de la escuela.</u></p> <p><input type="checkbox"/> Alergia que amenaza la vida es: _____ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Otras alergias, que no ponen en peligro la vida, pero deben evitarse: _____</p> <p>ASMA:</p> <p><input type="checkbox"/> Intermitente: Estudiante que tiene síntomas de sibilancias y tos no más de 2 días a la semana, con brotes nocturnos dos veces al mes o menos. Fuera de estos pocos episodios, sin síntomas.</p> <p><input type="checkbox"/> Leve: los síntomas ocurren más de dos veces a la semana pero menos de una vez al día, los brotes pueden afectar la actividad.</p> <p><input type="checkbox"/> Moderado: los síntomas ocurren a diario, los brotes suelen durar varios días. Los síntomas interrumpen las actividades normales y hace que sea difícil dormir.</p> <p><input type="checkbox"/> Grave: los síntomas ocurren a diario y, con frecuencia, también reducen las actividades del estudiante e interrumpen el sueño.</p> <p><input type="checkbox"/> Inhalador / medicamentos en la escuela * <i>Vea las instrucciones a continuación</i></p> <p>DESORDEN DE DÉFICIT DE ATENCIÓN:</p> <p><input type="checkbox"/> Medicado en la escuela * <i>Vea las instrucciones a continuación</i></p> <p><input type="checkbox"/> Medicado en casa</p> <p><input type="checkbox"/> Diagnosticado, no medicado</p> <p>DIABETES: ** Debe comunicarse con la enfermera de la escuela</p> <p><input type="checkbox"/> Dependiente de insulina y necesitará un programa escolar establecido</p> <p><input type="checkbox"/> No depende de la insulina y necesitará un programa escolar establecido</p>	<p>PROBLEMAS DE AUDICIÓN:</p> <p><input type="checkbox"/> Historial de pérdida de audición: Oído Derecho _____ Oído Izquierdo _____</p> <p><input type="checkbox"/> Usa audífono en la oreja izquierda y / o derecha (circulé cual)</p> <p>PROBLEMAS DE VISIÓN:</p> <p><input type="checkbox"/> Ciego en un ojo: Ojo Derecho _____ Ojo Izquierdo _____</p> <p><input type="checkbox"/> Otro problema de visión: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Usa gafas</p> <p><input type="checkbox"/> Usa contactos</p> <p>CONVULSIONES: ** Debe comunicarse con la enfermera de la escuela</p> <p><input type="checkbox"/> Medicado en la escuela * <i>Vea las instrucciones a continuación</i></p> <p><input type="checkbox"/> Medicado en casa</p> <p><input type="checkbox"/> Historial de convulsiones, pero actualmente no está medicado Fecha de la última convulsión: _____</p> <p>RESTRICCIONES FÍSICAS QUE LIMITARÍAN LA ACTIVIDAD:</p> <p><input type="checkbox"/> Limitaciones esqueléticas (hueso) o musculares: _____</p> <p>OTRAS NECESIDADES DE SALUD O MEDICACIÓN:</p> <p><input type="checkbox"/> Medicamentos que su hijo necesita en la escuela que no están en la lista: * <i>Vea las instrucciones a continuación</i> _____ _____</p> <p>PREOCUPACIONES ADICIONALES DE LA SALUD QUE PODRÍAN AFECTAR EL DESEMPEÑO ESCOLAR: _____ _____ _____ _____</p>
--	--

* **MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA:** Debe presentar el formulario de Autorización de Medicamentos en la Escuela, que puede obtenerse en la oficina de la escuela. Este formulario debe ser completado por un Proveedor de Atención Médica con Licencia antes de que se pueda administrar el medicamento.

** **CONDICIÓN QUE AMENAZA LA VIDA:** Debe contactar a la enfermera de la escuela! Se debe implementar un plan de atención médica y todos los medicamentos con la escuela antes de que el alumno pueda asistir a la escuela.

AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTOS DE EMERGENCIA:

Si no se puede contactar a los padres / tutores y al Proveedor de Atención Médica autorizado en el registro al momento de una emergencia y si la observación o el tratamiento inmediato es urgente a juicio de las autoridades escolares, autorizo y ordeno a las autoridades escolares que envíen a mi hijo (debidamente acompañado) al hospital o con el Proveedor de Atención Médica con Licencia más cerca. Entiendo que asumiré la total responsabilidad por el pago de cualquier servicio prestado.

Las inquietudes de salud mencionadas pueden compartirse con el personal escolar si es "necesidad saber".

 Firma del padre / tutor

 Fecha de firma

El distrito escolar Ellensburg School District no discrimina a las personas en ninguno de sus programas o actividades por motivos de sexo, raza, credo, religión, color, origen nacional, edad, condición de veterano o militar, orientación sexual, expresión o identidad de género, discapacidad o por el uso de perros guía o un animal de servicio, y proporciona igual acceso a los niños exploradores (Boy Scouts) y otros grupos juveniles designados. El (los) siguiente(s) empleado(s) han sido designados para manejar preguntas y denuncias de supuestos casos de discriminación: Cole Kanyer, Title IX Coordinator, 509-925-8315, cole.kanyer@esd401.org, 1203 E. Capitol Avenue, Ellensburg, WA 98926, Kim Snider, Civil Rights Coordinator, 509-925-8007, kim.snider@esd401.org, and Section 504 Coordinator, Patty Kimmel, 509-925-8115, patricia.kimmel@esd401.org, 1300 East Third Avenue, Ellensburg, WA 98926.