**Barstow Unified School District**

**Información de Salud del Estudiante**

Nombre del Estudiante: \_\_\_     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_     \_\_\_ Grado:       Fecha de Nacimiento:

 ***Apellido Nombre Inicial***

Telé de Casa:       Telé del Trabajo:       Celular del padre/madre/tutor:

**PADRE/TUTOR:** Por favor marque la/s caja/s apropiada/s, si alguna, que mejor describa la condición/es actual/es de salud de su hijo/a y regrese la forma completa a la escuela. Por favor provea información específica de la condición/es del estudiante que quizás afecten el aprendizaje y la participación en las actividades escolares.

**MEDICAMENTOS:** Todos los medicamentos (con receta, sin receta, remedios homeopáticos/caseros, vitaminas, etc.), los cuales tengan que ser administrados durante el día, o durante actividades escolares, requieren una Autorización Médica para Administración que tiene que ser completada y firmada por el doctor y el padre. No se les permite a los estudiantes que tengan el medicamento y/o inhaladores con ellos si no tienen una Autorización Médica para Administración.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **√** | **Condición Médica** | **Medicamento** | **Información Especifica** |
| [ ]  | ADD/ADHD |       |       |
| [ ]  | Alergia- abejas/insectos Peligroso [ ]  Sí [ ]  No |       |       |
| [ ]  | Alergia- Comida Peligroso [ ]  Sí [ ]  No |       |       |
| [ ]  | Alergia- Medicamentos Peligroso [ ]  Sí [ ]  No |       |       |
| [ ]  | Alergia- Otro (animales, látex, etc.) Peligroso [ ]  Sí [ ]  No |       |       |
| [ ]  | Asma- Leve a [ ]  Moderada o [ ]  **Grave** (marque una) |       |       |
| [ ]  | Autismo |       |       |
| [ ]  | Defectos de Nacimiento/Trastorno Genético |       |       |
| [ ]  | Problema de Vejiga/Riñón  |       |       |
| [ ]  | Afecciones de la sangre (crónica) |       |       |
| [ ]  | Parálisis Cerebral |       |       |
| [ ]  | Colitis / enfermedad de Crohn |       |       |
| [ ]  | Problema Confidencial de salud (llame a la enfermera del Distrito) |       |       |
| [ ]  | Diabetes **(Requiere reunión con enfermera del distrito)** |       |       |
| [ ]  | Síndrome de Down/Discapacidad intelectual |       |       |
| [ ]  | Trastorno Emocional/psicológico/de alimentación |       |       |
| [ ]  | Problemas auditivos (infecciones, tubos, daño a los nervios, etc.) |       |       |
| [ ]  | Sordo/problemas de audición [ ]  Oído Derecho [ ]  Oído Izquierdo |       |       |
| [ ]  | Audífonos [ ]  Oído Derecho [ ]  Oído Izquierdo |       |       |
| [ ]  | Problemas del corazón-[ ] No hay restricciones o [ ] con restricciones (marque uno) |       |       |
| [ ]  | Hemofilia – llame a la Enfermera del Distrito  |       |       |
| [ ]  | Hipoglucemia, diagnosticada por el médico  |       |       |
| [ ]  | Medicamentos que se toman en el hogar, explique |       |       |
| [ ]  | Medicamentos que se toman en la escuela **(Requiere nota médica)** |       |       |
| [ ]  | Problemas menstruales (severos) |       |       |
| [ ]  | Dolores de cabeza/Migraña (diagnosticó médico, lista de medicamentos) |       |       |
| [ ]  | Hemorragias nasales - Severa |       |       |
| [ ]  | Condición ortopédica- Descripción:      |       |       |
| [ ]  | Limitación de Actividad Física **(Se requiere nota médica)** |       |       |
| [ ]  | Prótesis |       |       |
| [ ]  | Escoliosis (diagnostico médico) |       |       |
| [ ]  | Trastorno convulsivo-Tipo: |       |       |
| [ ]  | Anemia de células falciformes (explicar) |       |       |
| [ ]  | Trastornos de la piel |       |       |
| [ ]  | Dificultades del habla |       |       |
| [ ]  | Lesión cerebral traumatica |       |       |
| [ ]  | Tuberculosis/o antecedentes de pruebas cutáneas positivas. Prueba cutánea positiva requiere radiografía de tórax. Lista de Medicamentos |       |       |
| [ ]  | Deterioro visual [ ]  Ojo Derecho [ ]  Ojo Izquierdo |       |       |
| [ ]  | Gafas/lentes de contacto [ ]  Distancia [ ]  Lectura |       |       |
| [ ]  | **Otra/s preocupación/es de salud que no se nombren es esta lista-Describa:**  |       |       |
| [ ]  | **NO HAY PREOCUPACIONES DE SALUD EN** **ESTE MOMENTO** |       |       |

¿Tiene actualmente Seguro Médico/Medi-cal? [ ]  Sí [ ]  No Seguro Dental [ ]  Sí [ ]  No Seguro de la Vista [ ]  Sí [ ]  No

Si, sí, escriba el nombre de la empresa de seguros o empresas

**EN CASO DE NECESIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA Y QUE NO NOS PODAMOS COMUNICAR CON USTED, VAMOS A LLAMAR AL 911. LOS ESTUDIANTES PUEDEN SER TRANSPORTADOS AL Barstow Community Hospital.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del Padre/Tutor Fecha** Rev 4/12