



## Formulario de Evaluación de Salud del Estudiante

Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:
Nombre del padre o tutor:	Número de teléfono:
Escuela:	Número de teléfono secundario:
Proveedor de atención médica:	Proveedor de atención médica:
Teléfono:	Teléfono:
Hospital preferido:	

### MEDICAMENTOS

<input type="checkbox"/>	El estudiante necesita que se le administren medicamentos durante el horario escolar	Lista de medicamentos y dosis:
<input type="checkbox"/>	Medicamentos recibidos en casa	Lista de medicamentos y dosis:
<input type="checkbox"/>	Historial de medicación:	
<input type="checkbox"/>	Las órdenes de los proveedores de salud para el suministro de medicación en la escuela ya se han completado	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sin preocupaciones en este momento	

### ALERGIAS

<input type="checkbox"/>	Anafiláctica	<input type="checkbox"/>	Alimentos	<input type="checkbox"/>	Otro alérgeno:	<input type="checkbox"/>	Epipen en la escuela
<input type="checkbox"/>	No-anafiláctica	<input type="checkbox"/>	Estacional	<input type="checkbox"/>	Otros medicamentos antialérgicos a suministrarse en la escuela		
<input type="checkbox"/>	Descripción:						
<input type="checkbox"/>	Sin preocupaciones en este momento						

### RESPIRATORIO

<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	Estacional	<input type="checkbox"/>	Inducida por ejercicio	<input type="checkbox"/>	Viral
<input type="checkbox"/>	Inhalador en casa	<input type="checkbox"/>	Inhalador en la escuela	<input type="checkbox"/>	No utiliza actualmente inhalador		
<input type="checkbox"/>	Otro: (Ejemplo: fibrosis quística, terapia de oxígeno, etc.)						
<input type="checkbox"/>	Sin preocupaciones en este momento						

### CARDIACO

<input type="checkbox"/>	Diagnóstico:
<input type="checkbox"/>	Historial:
<input type="checkbox"/>	Restricciones: (Ejemplo: síndrome de QT largo, síndrome de Wolff Parkinson White, etc.)
<input type="checkbox"/>	Sin preocupaciones en este momento

### NEUROLÓGICO

<input type="checkbox"/>	TDAH (Trastorno de Déficit Atencional e Hiperactividad) / Combinado:
--------------------------	--



<input type="checkbox"/>	Autismo		
<input type="checkbox"/>	Convulsiones (Ejemplo: Shunt, Estimulador del Nervio Vago, etc.)	Tipo:	
<input type="checkbox"/>	Lesión cerebral traumática (TBI)	Fecha:	Descripción del evento:
<input type="checkbox"/>	Otro:		
<input type="checkbox"/>	Sin preocupaciones en este momento		

**ENDÓCRINO**

<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Tipo 1	<input type="checkbox"/>	Tipo 2	Fecha de Diagnóstico:
<input type="checkbox"/>	Otro: (Ejemplo: enfermedad de la tiroides, enfermedad de Addison, etc.)					
<input type="checkbox"/>	Sin preocupaciones en este momento					

**GASTROINTESTINAL**

<input type="checkbox"/>	Alimentación por sonda
<input type="checkbox"/>	Necesidades dietéticas especiales:
<input type="checkbox"/>	Alimentación oral asistida
<input type="checkbox"/>	En riesgo de sofocación
<input type="checkbox"/>	Otro: (Ejemplo: anorexia, bulimia, enfermedad de Crohn, etc.)
<input type="checkbox"/>	Sin preocupaciones en este momento

**GENITOURINARIO**

<input type="checkbox"/>	Va al baño por sí mismo/a
<input type="checkbox"/>	Usa pañales durante el día escolar
<input type="checkbox"/>	Necesita ayuda para ir al baño en la escuela
<input type="checkbox"/>	Otro: (Ejemplo: preocupaciones reproductivas, infecciones crónicas del tracto urinario, etc.)
<input type="checkbox"/>	Sin preocupaciones en este momento

**MUSCULOESQUELÉTICO**

<input type="checkbox"/>	Necesidades de equipo especial	<input type="checkbox"/>	Elevador	<input type="checkbox"/>	Andador	<input type="checkbox"/>	Arneses
<input type="checkbox"/>	Silla de ruedas	<input type="checkbox"/>	Casco				
<input type="checkbox"/>	Ambulación inestable						
<input type="checkbox"/>	Preocupaciones de seguridad						
<input type="checkbox"/>	Postura						
<input type="checkbox"/>	Otro: (Ejemplo: distrofia muscular, parálisis, etc.)						
<input type="checkbox"/>	Sin preocupaciones en este momento						

**SENSORIAL**

<input type="checkbox"/>	Problemas de la audición	<input type="checkbox"/>	Audífonos	<input type="checkbox"/>	Actualmente utilizando un sistema FM
<input type="checkbox"/>	Preocupaciones de la visión	<input type="checkbox"/>	Gafas	<input type="checkbox"/>	Lentes de contacto
<input type="checkbox"/>	No habla				
<input type="checkbox"/>	Dispositivo de comunicación alternativo				
<input type="checkbox"/>	Lenguaje de señas				



<input type="checkbox"/>	Necesita intérprete
<input type="checkbox"/>	Trastorno de procesamiento sensorial
<input type="checkbox"/>	Otro: (Ejemplo: Asperger, autismo, retrasos generalizados en el desarrollo)
<input type="checkbox"/>	Sin preocupaciones en este momento

**SALUD MENTAL**

<input type="checkbox"/>	Ansiedad
<input type="checkbox"/>	Bipolaridad
<input type="checkbox"/>	Depresión
<input type="checkbox"/>	Trastorno obsesivo-compulsivo
<input type="checkbox"/>	Otro
<input type="checkbox"/>	Sin preocupaciones en este momento

**OTROS PROBLEMAS**

<input type="checkbox"/>	
--------------------------	--

**AUTORIZACIÓN PARENTAL**

*Como padre/tutor del estudiante arriba mencionado, doy mi permiso al enfermero de la escuela y a otro personal designado para realizar y llevar a cabo las tareas que se indican en este plan de atención médica y para que el proveedor de atención médica de mi hijo/a comparta la información con el enfermero de la escuela para la realización de este plan. Entiendo que la información contenida en este plan será compartida con el personal de la escuela según sea necesario. Es responsabilidad del padre/tutor notificar al enfermero de la escuela, cada vez que haya algún cambio en el estado de salud o en el cuidado del estudiante. Los padres/tutores son responsables de mantener los suministros, medicamentos y equipo necesarios.*

**Firma del padre/tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL DE WCSD**

Fecha de revisión:
Revisado por ( <i>Profesional de la Salud de WCSD</i> ):
Firma: