

		Masculino Femenino		
Apellido Legal del Estudiante	Nombre Legal	(Por favor circule uno)	Grado	Fecha de Nacimiento

Por favor complete las secciones 1, 2, y 3, firme la forma y ponga la fecha, y regrésela a la oficina de la escuela. Por favor mantenga a la escuela informada de cualquier cambio en la salud o tratamiento de su niño(a) durante el año escolar.

Por favor marque con una **X** todos los problemas de salud que aplican a su estudiante.

Sección 1 Condiciones de Salud

Mi hijo(a) no tiene problemas conocidos de salud.

Por favor indicar abajo todas las condiciones actuales de salud que pueden afectar a su estudiante en la escuela:

<p style="text-align: center;">Alergias significativas que pueden afectar el estudiante en la escuela:</p> <p><input type="checkbox"/> Piquete de abeja/insecto: más que hinchado(AB)</p> <p><input type="checkbox"/> Alergia a una comida: _____(AF)</p> <p><input type="checkbox"/> Alergia a un medicamento _____(ADR)</p> <p><input type="checkbox"/> Otras alergias significativas que puedan afectar al estudiante en la escuela: Haga lista de las alergias _____(AO)</p> <p><input type="checkbox"/> Epi Pen (inyección de epinefrina) es necesario para la reacción antes mencionada (AEP)</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes (Insulinodependiente) (D)</p> <p><input type="checkbox"/> Ataques o Convulsiones (S) Medicación <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (SM)</p>	<p><input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Asma inducida por ejercicio? (R) (RA)</p> <p><input type="checkbox"/> Usa inhalador en la escuela? (RIS) (requiere orden del doctor)</p> <p><input type="checkbox"/> Condición cardiacas (describe): _____(HC) Actividad Restringida <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (HCR)</p> <p><input type="checkbox"/> Tiene lentes/lentes de contacto (VG)</p> <p><input type="checkbox"/> Perdida de audición conocida (H)</p> <p><input type="checkbox"/> ADD/ADHD (trastorno de déficit de atención e hiperactividad) Medicación _____(ADH)</p> <p><input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Síndrome de Asperger (NC) (NA)</p> <p><input type="checkbox"/> Salud mental (favor de explicar) (PJ)</p> <p><input type="checkbox"/> Dolores de cabeza / Migrañas (NH)</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Otros problemas de salud importante: Favor de describir</p> <p><input type="checkbox"/> Solicitar una llamada le la enfermera de la escuela</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Sección 2 Información que amenaza la vida

Alguno de los problemas antes marcados amenaza la vida? Sí No

Como padre/guardián, estoy de acuerdo en contactar a la enfermera de la escuela para crear un plan de salud individualizado para mi hijo(a) que tiene un problema de salud que amenaza su vida. La ley estatal requiere que todos los estudiantes que tengan un problema de salud que amenaza su vida tengan ambos una autorización médica y el medicamento necesario en la escuela antes que se le permita al estudiante asistir a la escuela. Los medicamentos que pueden ser requeridos bajo ésta ley incluyen, pero no se limitan a: inhaladores de dosis medida, Epi-pens, Insulina, y medicamentos para los ataques o convulsiones (por RCW 28A.210 Sec.1).

Sección 3 Información del tratamiento

Para que el personal administre o guarde cualquier medicamento recetado o adquirido sin receta, el padre/guardián debe firmar una forma de *Autorización para la Administración de Medicamentos (AMA) #SN-02* y la información del doctor debe estar en el archivo en la

oficina de la escuela. Se requiere una nueva forma AMA al inicio de cada año escolar, o cuando ha habido cambios en la dosis del medicamento. A los estudiantes que llevan consigo medicamentos y ellos mismos se administran los medicamentos de emergencia les recomendamos a los padres que traigan un medicamento adicional para ser guardado en la oficina de la escuela y ser usados en caso de emergencia. Se requiere completar una forma AMA para guardar los medicamentos en la escuela. La forma de *Autorización para la Administración de Medicamentos #SN-02* está disponible en la escuela de su hijo(a), y en la página del internet del distrito bajo los Servicios de Salud del Estudiante.

Los padres y guardianes que deseen informar de medicamentos que su hijo(a) toma en casa, y que pueden interferir en el aprendizaje de su hijo(a) en la escuela. Si les gustaría dar ésta información, por favor liste cualquier medicamento que su hijo(a) toma en su casa:

Consentimiento: Yo autorizo y doy mi consentimiento a las autoridades del Distrito Escolar de Pinnacles Prep para obtener tratamiento de emergencia. Yo también autorizo a las autoridades médicas que actúen o administren el tratamiento de emergencia o el tratamiento quirúrgico necesario al estudiante arriba mencionado. Las autoridades del Distrito no tienen excusa y deben intentar contactarme antes que dependan de ésta autorización. Yo también autorizo para que la información antes mencionada se comparta si es necesario con el personal de la escuela para facilitar al distrito escolar proveer un ambiente seguro para mi niño(a). Si hay algún cambio en la información de salud antes mencionada, es la responsabilidad del padre/guardián de informar a la escuela en la forma de información anual actualizada del estudiante.

Firma del Padre/Guardian _____ Relación con el Estudiante _____ Fecha _____