

Historial de salud del estudiante y formulario de consentimiento de tratamiento médico de emergencia

Año de graduación: _____ Estudiante: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Direcciones: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Médico del estudiante / Proveedor de atención médica: _____ Teléfono: _____

El Distrito Escolar de Kelso requiere que el padre / tutor complete un formulario de historial de salud del estudiante. El distrito puede usar esta información para informar a las familias sobre la necesidad de atención médica adicional y para planificar posibles problemas de salud durante el día escolar.

NOTA: Si su estudiante tiene una afección potencialmente mortal, como una picadura grave de abeja o alergias alimentarias graves, asma, diabetes, convulsiones, etc., la Ley del Estado de Washington exige que tengan un medicamento, una orden de tratamiento y un plan de cuidado en la enfermería. ANTES que puedan asistir a la escuela. La orden de medicación y tratamiento deben ser del proveedor de atención médica con licencia del estudiante y debe revisarse / renovarse antes del inicio de CADA año escolar de acuerdo con RCW 28A.210.320. La ley define una condición que amenaza la vida como una "condición de salud que pondrá al estudiante en peligro de muerte durante el día escolar si no se cuenta con un medicamento, una orden de tratamiento y un plan de cuidado en la enfermería".

INDICAR SI EL ESTUDIANTE HA SIDO DIAGNÓSTICO POR UN PROVEEDOR DE SALUD CON LICENCIA CON CUALQUIERA DE LO SIGUIENTE:

CONDICION MEDICA	SI	NO	EXPLICACION
Alergias medicas			Lista:
Alergias a la comida			Comidas Cacahuates Lácteos Huevos Otros Amenaza su vida Requiere E pipen en la escuela
Alergias picadura abeja			Amenaza su vida Requiere E pipen en la escuela
Otras Alergias			Lista Requiere E pipen en la escuela
Asma			Ultimo día en el que uso el inhalador:
Diabetes			Tipo 1 Inyección Bomba Tipo 2 Inyección Med Oral Dieta
Convulsiones			Tipo Medicamento Fecha de la ultima
Desórdenes Neurológicos			Especifique:
Problemas de Corazón			Especifique:
Desordenes Sanguíneos			Especifique: Tratamiento:
Cáncer			Especifique: Tratamiento:
Problemas de la Vejiga			Especifique: Tratamiento:
Problemas Musculares /Huesos			Especifique: Tratamiento:
Esclerosis			Tratamiento:
ADD/ADHD			Medicamento: Lo necesita en la escuela:
Problemas Mentales/Comportamiento			Especifique: Tratamiento:
Uso de Lentes/Lentes de Contacto			Especifique:
Perdida del Oído			Oído derecho: Oído izquierdo: Aparato:
Otros problemas de salud			Especifique:
Medicamentos tomados en casa (si no están ya en la lista)			Lista:

La información en este formulario se puede compartir de manera confidencial con el personal de la escuela y los servicios de emergencia, según sea necesario. En el caso de una emergencia médica con mi estudiante, entiendo que se hará todo lo posible para informarme. Si se necesita atención de emergencia, autorizo a personal cualificado para proporcionar evaluación, diagnóstico y cualquier tratamiento de emergencia que sea necesario. Entiendo que el distrito escolar asume sin responsabilidad financiera por gastos incurridos debido a accidentes, lesiones y / o circunstancias imprevistas Al completar y firmar este formulario, usted como padre / madre / tutor acepta que será responsable de comunicar CUALQUIER cambio a este formulario con la oficina de la escuela y el especialista en salud.

FIRMA DEL PADRE /TUTOR

NOMBRE IMPRESO

FECHA

Rev. por Especialista de Salud de la Escuela: