



# Historial médico del estudiante

Nombre del estudiante: (Apellido) \_\_\_\_\_ (Nombre) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**La ley estatal requiere que los estudiantes con condiciones que pongan en peligro su vida como anafilaxis, asma severa, diabetes o convulsiones cumplan con un plan de atención antes del primer día de clases. Póngase en contacto con la enfermera de la escuela lo antes posible para llenar los formularios requeridos.**

¿Su estudiante tiene algún padecimiento que PONGA EN PELIGRO SU VIDA?  Sí  No

## HISTORIA CLÍNICA (marque todas las que correspondan)

<p><b>Condiciones que ponen en peligro la vida:</b> (SE REQUIERE plan de atención)</p> <p>EG <input type="checkbox"/> <b>Anafilaxis (Epi-pen recetado)</b> <b>Alérgeno(s):</b></p> <p>EK <input type="checkbox"/> <b>Diabetes tipo 1</b></p> <p>NP <input type="checkbox"/> <b>Convulsiones - (Se requieren medicamentos de emergencia)</b></p> <p>RG <input type="checkbox"/> <b>Asma grave</b> <input type="checkbox"/> <b>Otro padecimiento que ponga en peligro la vida:</b></p> <p><b>Congénito/genético</b></p> <p>AH <input type="checkbox"/> Síndrome de Down</p> <p>AJ <input type="checkbox"/> Espectro del trastorno de alcoholismo fetal <input type="checkbox"/> Por favor, enumérelos:</p> <p><b>Sanguíneo/Hematología</b></p> <p>BA <input type="checkbox"/> Anemia</p> <p>BB <input type="checkbox"/> Hemofilia</p> <p>BC <input type="checkbox"/> Rasgos de anemia de células falciformes</p> <p>OJ <input type="checkbox"/> Historia de hemorragias nasales severas <input type="checkbox"/> Otra enfermedad sanguínea:</p> <p><b>Cardíaco/corazón</b></p> <p>CC <input type="checkbox"/> Defecto cardíaco congénito</p> <p>CD <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco <input type="checkbox"/> Otros padecimientos cardiovasculares:</p> <p><b>Alergia, inmune, endocrinos, metabólico y nutricional</b></p> <p>ED <input type="checkbox"/> Alergia a alimentos</p> <p>EE <input type="checkbox"/> Alergia a insectos <input type="checkbox"/> Alergia - otra lista:</p> <p>EL <input type="checkbox"/> Diabetes tipo 2 <input type="checkbox"/> Otros endocrinos, inmunes, nutricionales o metabólicos:</p> <p><b>Gastrointestinal, dental y oral</b></p> <p>GA <input type="checkbox"/> Celíaco</p> <p>GG <input type="checkbox"/> Lista de intolerancia alimentaria:</p> <p>GL <input type="checkbox"/> Intolerancia a la lactosa</p> <p>GF <input type="checkbox"/> Encopresis</p> <p>IR <input type="checkbox"/> Estreñimiento crónico</p> <p>GH <input type="checkbox"/> Reflujo gástrico</p> <p>GJ <input type="checkbox"/> Enfermedad inflamatoria del intestino</p> <p>GK <input type="checkbox"/> Síndrome de intestino irritable <input type="checkbox"/> Otros padecimientos gastrointestinales, hepáticos, dentales, orales</p> <p><b>Musculoesquelético</b></p> <p>MC <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide/idiopática juvenil <input type="checkbox"/> Por favor, enumérelos:</p> <p><b>Cáncer/tumor</b> <input type="checkbox"/> Por favor, enumérelos:</p>	<p><b>Sistema nervioso</b></p> <p>NB <input type="checkbox"/> TDAH/TDA diagnosticado por:</p> <p>NC <input type="checkbox"/> Trastorno del espectro autista</p> <p>NE <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral</p> <p>NF <input type="checkbox"/> Discapacidades del desarrollo</p> <p>NH <input type="checkbox"/> Migrañas</p> <p>NI <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza, recurrentes</p> <p>NP <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Tipo de historial:</p> <p>NU <input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática <input type="checkbox"/> Otras enfermedades neurológicas:</p> <p><b>Trasplante</b></p> <p>OD <input type="checkbox"/> Lista de órganos:</p> <p><b>Salud mental o del comportamiento</b></p> <p>PA <input type="checkbox"/> Ansiedad</p> <p>PC <input type="checkbox"/> Depresión</p> <p>PH <input type="checkbox"/> Desórdenes del sueño <input type="checkbox"/> Otros padecimientos de salud mental o conductual</p> <p><b>Respiratorio/respiración</b></p> <p>RG <input type="checkbox"/> Asma - Actual</p> <p>RH <input type="checkbox"/> Asma - alguna vez diagnosticada</p> <p>RA <input type="checkbox"/> Asma inducida por ejercicio</p> <p>RE <input type="checkbox"/> Enfermedad reactiva de las vías respiratorias <input type="checkbox"/> Otro padecimiento respiratorio:</p> <p><b>Piel</b></p> <p>SB <input type="checkbox"/> Eccema, dermatitis de contacto o psoriasis <input type="checkbox"/> Otro padecimiento de la piel:</p> <p><b>Renal/riñón</b> <input type="checkbox"/> Por favor, enumérelos:</p> <p><b>Oído/audición</b></p> <p>YA <input type="checkbox"/> Infecciones crónicas del oído <input type="checkbox"/> Actualmente <input type="checkbox"/> Históricamente</p> <p>YB <input type="checkbox"/> Deficiencia auditiva <input type="checkbox"/> Ayudas auditivas/implante coclear <input type="checkbox"/> Otro padecimiento del oído:</p> <p><b>Ojo/visión</b></p> <p>YF <input type="checkbox"/> Usa lentes/lentes de contacto</p> <p>CE <input type="checkbox"/> Déficit de percepción del color</p> <p>YD <input type="checkbox"/> Discapacidad visual <input type="checkbox"/> Otro padecimiento del ojo:</p> <p><b>Otros problemas de salud:</b> <input type="checkbox"/> Por favor, enumérelos:</p>
---	---

OC  No se conocen problemas de salud.

Escriba sus iniciales \_\_\_\_\_



# Historial médico del estudiante

del alumno: (Apellido) \_\_\_\_\_ (Nombre) Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

## MEDICAMENTOS

Informe sobre todos los medicamentos que su estudiante toma en casa y/o en la escuela.

¿Se necesitan medicamentos en casa?  No  Sí Por favor, enumérelos: \_\_\_\_\_

¿Se necesitan medicamentos en la escuela?  No  Sí Por favor, enumérelos: \_\_\_\_\_

**Complete la documentación REQUERIDA para los medicamentos en la escuela.**

*La ley estatal requiere un permiso escrito del tutor y de un médico antes de que se pueda tomar cualquier medicamento (con o sin receta) en la escuela. Los formularios están disponibles en la oficina de su escuela o en el sitio web de nuestro distrito y se deben completar anualmente.*

<p><b>Dispositivos médicos</b></p> <p>OLA <input type="checkbox"/> Estimulador de nervio vago</p> <p>OLB <input type="checkbox"/> Desfibrilador cardíaco interno automático</p> <p>OLC <input type="checkbox"/> Marcapasos</p> <p>OLD <input type="checkbox"/> Sonda de gastrostomía</p> <p>OLE <input type="checkbox"/> Sonda de yeyunostomía</p> <p><input type="checkbox"/> Faja</p> <p><input type="checkbox"/> Lista de prótesis:</p> <p><input type="checkbox"/> Otros dispositivos médicos:</p>	<p><b>Estoma</b></p> <p>OKA <input type="checkbox"/> Gastrostomía</p> <p>OKB <input type="checkbox"/> Colostomía</p> <p>OKD <input type="checkbox"/> Traqueotomía</p> <p>OKE <input type="checkbox"/> Urostomía</p> <p>OK <input type="checkbox"/> Otro:</p> <p><b>Actividad física/Problemas de movilidad:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Silla de ruedas</p> <p><input type="checkbox"/> Muletas</p> <p><input type="checkbox"/> Otra lista:</p>
--	---

Entiendo que la información que proporcioné será compartida con el personal pertinente de la escuela, que necesita conocerla para garantizar la salud y la seguridad de mi estudiante. Si los padres/tutores o los contactos de emergencia autorizados no pueden ser localizados en el momento de una emergencia médica, y si a juicio de las autoridades escolares la atención inmediata es urgente, autorizo y ordeno a las autoridades escolares que envíen al estudiante al hospital o al médico más accesible. Entiendo que asumiré toda la responsabilidad por el pago de cualquier servicio prestado. **Entiendo que la ley de Washington requiere que se completen o condicionen las vacunas de mi estudiante antes de comenzar la escuela.** Autorizo a la escuela de mi hijo a agregar información sobre las vacunas al Sistema de Información de Vacunas para ayudar a la escuela a mantener el registro escolar de mi hijo.

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

## VERIFICACIÓN DE VACUNAS (para uso exclusivo de la oficina)

Serie # \_\_\_\_\_ CIS de WAIS:  Preescolar  K-6 Grados  7 Grado  8-12 Grados

El estado de vacunación está COMPLETO en el Certificado del Estado de Vacunación (CIS) de WAIS.

El estado de vacunación es CONDICIONAL en el CIS de WAIS y la fecha de vencimiento del estado condicional es posterior al primer día de asistencia.

El padre/tutor ha firmado el reconocimiento de estado condicional en el CIS.

El estudiante no está en WAIS. **Se deben proporcionar registros de vacunación médicamente verificados.**

Registros de vacunación médicamente verificados proporcionados  Permiso para ingresar la declaración firmada

Certificado de exención (COE) proporcionado para todas las vacunas que no cumplen con CIS de WAIS o en WAIS.

El COE está completo  Permiso para ingresar la declaración firmada

El estado de vacunación NO ESTÁ COMPLETO en el CIS de WAIS **El estudiante no puede comenzar la escuela hasta que se reciba la documentación de vacunas faltantes que cambiará el estado de CIS a COMPLETO o CONDICIONAL.**

Estudiante agregado a la lista del módulo escolar: Grado: \_\_\_\_\_

Personal que verificó las vacunas: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_