

Historia de Salud Estudiantil Del Distrito Escolar de Christina

Estudiante:	# de Identificación	Escuela:	Año escolar:
--------------------	----------------------------	-----------------	---------------------

Se seguirán las directrices actuales para el coronavirus, de Delaware Public Health (DPH), el Centro para el Control de Enfermedades (CDC) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) durante el año escolar.

Actualización del Historial de Salud del Estudiante: Esta información será compartida con personal y la administración cuando sea absolutamente necesario, y con personal médico de urgencia en caso de una emergencia, a menos que usted indique lo contrario.

1. ¿Ha estado el niño fuera del país por más de un mes en el año? Sí No

Si es así, Donde? _____

2. Usted, su hijo o alguien en su hogar ha dada positive por COVID-19? Sí No

**En caso afirmativo, comuníquese con su enfermera*

3. Por favor marque si el niño tiene dificultad con alguna de las siguientes. Incluya fechas e información adicional en la sección de comentarios.

- | | | | | | |
|-----------------------------------|---|---|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Sangrado | <input type="checkbox"/> conmoción cerebral | <input type="checkbox"/> Corazón | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Otro: _____
Un Plan de Acción de Asma ó Convulsiones completado por un proveedor de salud licenciado es requerido para todos los estudiantes con Asma ó Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Perforaciones/Tatuajes | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Infecciones | <input type="checkbox"/> Habla | |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Problemas Óseos | <input type="checkbox"/> Riñón | <input type="checkbox"/> Discapacidad Física | <input type="checkbox"/> Cirugía | |
| <input type="checkbox"/> Conducta | <input type="checkbox"/> Intestino/Vejiga | <input type="checkbox"/> Emocional | <input type="checkbox"/> Audición | <input type="checkbox"/> Visión | |

Comentarios: _____

4. ¿Tiene su niño alergias a medicina, látex o picadas de insectos? Sí No

¿A Qué?: _____ ¿Qué Pasa? _____

Tratamiento: _____

5. ¿Tiene su niño alergia a comida diagnosticado por un proveedor de salud licenciado ? Sí No

¿A Qué?: _____ ¿Qué Pasa? _____

Tratamiento: _____

Un Plan de Acción de Alergia a la Comida completado por un proveedor de salud licenciado es requerido para todos los estudiantes con alergias.

6. ¿Ha sido visto su niño a un proveedor de la salud desde que la escuela terminó en junio? Sí No

¿Para Qué? _____

7. ¿Está su niño siendo tratado o evaluado por alguna condición de salud? Sí No

Liste las condiciones: _____

8. ¿Está su niño tomando alguna medicina o en algún tratamiento? Sí No

Nombre del medicamento o tratamiento: _____

¿Necesita su niño medicamentos durante las horas de escuela? **Si es así, contacte a la enfermera escolar para hacer arreglos.** Sí No

9. ¿Se le ha prescrito a su niño anteojos o lentes de contacto? Sí No

Fecha del último examen: _____ Si su niño usa anteojos o lentes de contacto, ¿cuándo se cambió la prescripción por última vez?

10. ¿Ha experimentado su niño algún evento importante de la vida, como una mudanza reciente, muerte, separación, divorcio, etc., desde el final del último año escolar? Sí No

**En caso afirmativo, comuníquese con su enfermera o consejero escolar.*

Información Médica			
Médico Familiar:		Teléfono	
Dentista Familiar:		Teléfono	

Yo doy permiso para que mi niño tome Acetaminofén (Tylenol®) como lo determine la enfermera. Sí No

Yo doy permiso para que mi niño tome Ibuprofeno (Advil®) como lo determine la enfermera. Sí No

Yo doy permiso para que mi niño tome crema de primeros auxilios ___ Caladryl® ___ Tums® Sí No

Firma del Padre/Guardián: _____ **Fecha:** _____

Procedimientos de Emergencia Escolar: Las escuelas han adoptado los siguientes procedimientos que serán implementados para cuidar a su niño cuando él/ella se enferme o lastime en la escuela. En emergencias extremas la escuela buscará cuidado médico inmediato.

En caso de emergencia y/o necesidad de cuidado médico u hospitalario:

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. La escuela llamará a la casa. Si no hay respuesta, 2. La escuela llamará al padre/guardián 1º padre/guardián, 2º al lugar de trabajo del padre/guardián. Si no hay respuesta, 3. La escuela llamará a los otros números de teléfonos listados y al médico. 4. Si ninguno de estos responde, la escuela llamará una ambulancia, si es necesario, para transportar al estudiante a un centro médico local. | <ol style="list-style-type: none"> 5. Basado en el juicio médico del doctor de turno, el estudiante puede ser admitido a un centro médico local. 6. La escuela continuará llamando a los padres, guardianes, y médicos hasta que alguien sea contactado. 7. La información en este formulario puede ser compartida con personal médico de emergencia. |
|--|--|

Si yo no puedo ser contactado y las autoridades de la escuela han seguido los procedimientos descritos anteriormente, yo estoy de acuerdo en asumir todos los gastos de transporte y cuidado médico de este estudiante. También doy mi consentimiento para cualquier tratamiento, cirugía, procedimiento de diagnóstico o la administración de anestesia, lo cual se puede llevar a cabo basado en el juicio del médico de turno.

Firma del Padre/Guardián: _____ **Fecha:** _____