

FORMA DE IDENTIFICACIÓN PARA LAS NECESIDADES DE SALUD DE LOS ESTUDIANTES DE LAS ESCUELAS DEL CONDADO DE CARROLL

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Maestro de aula: _____ Grado: _____ Médico: _____ Número de teléfono: _____

Sección 1: Historia Clínica (Marque con una cruz la respuesta apropiada)

ADD	SÍ	NO	DIABETES*	SÍ	NO	PROBLEMAS DE RIÑÓN* <small>(describa a continuación)</small>	SÍ	NO
ADHD	SÍ	NO	ECCEMA	SÍ	NO	MIGRAÑAS	SÍ	NO
ASMA* <small>(completar Sección 3)</small>	SÍ	NO	EPILEPSIA / CONVULSIONES*	SÍ	NO	HEMORRAGIAS NASALES	SÍ	NO
PROBLEMAS DE COAGULACIÓN* <small>(describa a continuación)</small>	SÍ	NO	DOLORES DE CABEZA	SÍ	NO	ALERGIAS EN CAMBIOS DE TEMPORADAS	SÍ	NO
CÁNCER*	SÍ	NO	PROBLEMAS DEL CORAZÓN* <small>(describa a continuación)</small>	SÍ	NO	ALERGIAS SEVERAS* <small>(complete la sección 4)</small>	SÍ	NO

Otros problemas médicos no mencionados ó describa más amplio el problema si dijo "SÍ" en alguno de los mencionados anteriormente: _____

¿Para aquellos artículos marcados con un *, ha sido proporcionado un plan de acción a la escuela? **SÍ** **NO**

Sección 2: Medicamentos

Todo medicamento que se indica para ser tomado en la escuela tiene que ser proporcionado por los padres y llenar la forma "Solicitud de Administración de Medicamento". Los medicamentos no deben ser transportados a la escuela por el estudiante.

Escriba cualquier medicamento(s) con receta que su hijo esté tomando en casa: _____

Escribe cualquier medicamento(s) con receta que su hijo va a tomar en la escuela: _____

Sección 3: Información Del Asma

Estado actual de asma de su hijo (Por Favor Marque Uno) : Leve _____ Moderado _____ Severo _____

Medicamento(s) del Asma tomada: _____

¿Requiere su hijo algún medicamento para el Asma en la escuela? Si _____ No _____

Por favor identifique las cosas que provocan un ataque de asma para su hijo: _____

Sección 4: Información De Alergia Severa

Comida: _____

Picadura de Insecto: _____

LATEX

Medicamento: _____

Síntomas que el hijo presenta con reacción alérgica: _____

Medicamento(s) que su hijo ha tomado para reacción alérgica: _____

¿Su hijo necesitará medicamento(s) en la escuela para este tipo de alergia? Sí _____ No _____

Sección 5: Equipo Médico Y Los Procedimientos Requeridos En La Escuela (Marque con una cruz si es requerido)

Catéter	Tubo Gástrico Alimentación	Tratamientos Nebulizador	Oxígeno Suplementario
Estimulador del Nervio Vago (VNS)		Ventilador	Silla de ruedas
			Traqueostomía Andador

Sección 6: Consentimiento Para Tratamiento

El padre / tutor de nombre _____ concede por este medio a la escuela, Director, Subdirector o cualquier maestro que tiene supervisión del mencionado niño, la autoridad para obtener tratamiento médico de emergencia para ese niño. Tales individuos arriba mencionada están autorizados y se concede plena autoridad y poder para actuar en mi nombre y autorizar tratamiento médico como sea necesario según lo determinado por parte del Director, Subdirector o maestro. Estoy de acuerdo en librar a la Junta de Educación del Condado de Carroll y al Director, Subdirector o maestro que ejerce la autoridad concedida por este medio en asegurar y autorizar tratamiento médico de los que se refiere al niño anteriormente mencionado. Estoy de acuerdo y acepto ser económicamente responsable de gastos del hospital y servicios médicos proporcionados de acuerdo con el ejercicio de esta autoridad.

A este día _____ del mes de _____ del año 20 ____ . Firma: _____