



Distrito Escolar De Ogden FORMA DE ESTADO DE SALUD

Nombre del Estudiante:		Fecha de Nacimiento:
Escuela:	Grado:	Teléfono del padre/tutor:
Clínica/Medico del Estudiante:		Teléfono del Médico:

Por favor marque la casilla apropiada para las condiciones médicas **ACTUALES DIAGNOSTICADAS POR UN MEDICO:**

ACTUALMENTE NO EXISTEN PREOCUPACIONES MEDICAS.

ADHD ¿A qué edad se le diagnosticó? _____ ¿Va a necesitar el alumno que se le administre el medicamento en la escuela? Si* No

ALERGIAS SEVERAS (no de temporada) ¿Es Epinefrina prescrita durante clases? Si* No

Nueces (describa cuáles) _____

Otras alergias con REACCIONES SEVERAS (describa) _____

ASMA ¿Requerirá el alumno medicamento para asma mientras está en la escuela? Si* No

DIABETES Tipo 1* Tipo 2* Padre/Médico llenar la forma Plan escolar para el control médico de la diabetes *
ENDOCRINOLOGO: _____ **NUMERO DE TELEFONO:** _____

PROBLEMAS DIETETICOS (*Diagnosticado por el médico*) Celiac G-Tube OTRO: _____

PROBLEMAS CARDIACOS (*Actualmente requiere tratamiento médico*) **DIAGNOSIS:** _____
CARDIOLOGO: _____ **NUMERO DE TELEFONO:** _____

PROBLEMAS NEUROLOGICOS Epilepsia (Tipo de convulsión) _____
 VNS SHUNT Otro problemas neurológicos _____
NEUROLOGO: _____ **NUMERO DE TELEFONO:** _____

OTRAS CONDICIONES MEDICAS QUE AFECTAN A SU HIJO EN LAS ESCUELA:

Mi estudiante **NO REQUERIRA** medicamento/adaptaciones especiales de salud, restricciones, ni precauciones, mientras que esté en la escuela.

Mi estudiante **SI REQUERIRA** medicamento y/o adaptaciones especiales de salud, restricciones, o precauciones, mientras que esté en la escuela.

- Por favor, recoja las formas de autorización de medicamentos y/o plan de salud de la escuela en la oficina de la Escuela
- Por favor llene las formas con el médico de su hijo y regréselas a la oficina de la escuela.

Entiendo que es responsabilidad de los padres/tutores ponerse en contacto con la enfermera del distrito si solicitan arreglos escolares relacionados con la salud. Tengo entendido que las formas e información para contactar a la enfermera de la escuela se pueden obtener en la oficina de la escuela, la oficina del distrito, o en línea en Ogdensd.org. Las nuevas formas deben ser llenadas cada año escolar. Este formulario está diseñado para ayudar al personal de la escuela y a las enfermeras del distrito a anticipar cualquier problema de salud que pueda afectar la seguridad o el aprendizaje de mi hijo.

Esta información será compartida con el personal del distrito escolar y otros miembros del personal que van a supervisar o ayudar a mi estudiante. Es responsabilidad del padre/tutor el compartir la información médica con el personal de transporte. Si es necesario, el médico(s) mencionado anteriormente puede coordinar el plan de salud de mi hijo con la escuela en la oficina de la enfermera del Distrito Escolar de la Ciudad de Ogden.

Mi firma indica que he leído y entendido las declaraciones anteriores. Voy a actualizar la información de salud de mi hijo cuando sea necesario.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

* LOS FORMULARIOS DE AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS Y * PLANES DE SALUD Y PLANES DE EMERGENCIA ESCOLAR deben ser llenados (por el padre y el médico) y después llevarlos a la oficina escolar ANTES de hacer arreglos relacionados con la salud en la escuela.

** SE REQUIERE LLENAR UNA SOLICITUD PARA UN ARREGLO ESPECIAL DE ALIMENTOS para cualquier ARREGLO especial de alimentos en la escuela. Esta forma es para uso MEDICO solamente.