



Inventario de Salud del Estudiante

Name: _____ Fecha: _____

(apellido) (primer nombre) (segundo nombre)

Fecha de Nacimiento: _____ Género: Masculino Femenino No Binario Grado en 2022-2023: _____

Información de salud de emergencia para los estudiantes: en ningún momento los estudiantes pueden llevar medicamentos, incluso medicamentos de venta libre en su persona en la escuela. Los medicamentos necesarios en la escuela, incluidos los medicamentos para emergencias / alergias, requieren una autorización de medicamentos provista por la escuela y firmada por un médico. A continuación, identifique y describa cualquier problema de salud, enfermedades crónicas, lesiones graves o necesidades médicas especiales.

- | | | |
|---|----------------------------------|----------------------------|
| ___ Asma | ___ Dolores de Cabeza Frecuentes | ___ Problema Ortopédico |
| ___ Alergias (vea abajo) | ___ Discapacidad Auditiva | ___ Discapacidad del Habla |
| ___ Trastorno convulsivo (epilepsia / convulsiones) | ___ Problema Cardíaco | ___ Discapacidad Visual |
| ___ Diabetes | ___ Problema del Riñón | ___ Otro |

1. Listar cualquier alergia grave o potencialmente mortal a drogas, alimentos, picaduras de insectos: _____

2. Listar medicamentos diarios y/o de emergencia tomados en **casa**: _____

Razón: _____

3. Listar medicamentos diarios y/o de emergencia tomados en la **escuela**: _____

Razón: _____

4. Identifique cualquier otro problema de salud: _____

5. ¿Su hijo ha sufrido alguna vez una conmoción cerebral? _____ Fecha de la conmoción cerebral: _____

Enfermedades transmisibles: indique la fecha si su hijo ha tenido alguno de los siguientes:

- | | | |
|---------------|----------------------|--------------------------------|
| ___ Varicela | ___ Paperas | ___ Rubéola / Sarampión Alemán |
| ___ Sarampión | ___ Fiebre Reumática | ___ Tuberculosis |

Nombre del Médico: _____ Número de Teléfono: _____

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO: En caso de una emergencia que requiera atención médica inmediata, autorizo al Distrito Escolar Unificado de Conejo Valley a obtener transporte y tratamiento de emergencia en nombre de mi hijo. El abajo firmante autoriza al hospital a proporcionar el tratamiento adecuado. Entiendo que el hospital hará todo lo posible para comunicarse con el padre o tutor antes de cualquier tratamiento, pero no se retendrá el tratamiento si no se puede contactar al padre o tutor. **También entiendo que el Distrito Escolar Unificado de Conejo Valley no asume ninguna responsabilidad financiera por la atención médica o el transporte en ambulancia.** Estas autorizaciones y permisos serán y permanecerán en plena vigencia y efecto durante el año escolar actual a menos que se revoquen por escrito. También entiendo que debo comunicarme con la escuela inmediatamente si hay algún cambio en la información contenida en esta hoja.

Firma del Padre/Guardian: _____ Fecha: _____