



CONEJO VALLEY UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Student Support Services

1400 E. Janss Rd., Thousand Oaks CA 91362

(805) 497-9511

Inventario de Salud del Estudiante

Name: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(apellido)

(primer nombre)

(segundo nombre)

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Género:  Masculino  Femenino  No Binario Grado en 2021-2022: \_\_\_\_\_

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 Riñon \_\_\_ 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: \_\_\_\_\_