

## LAKE WASHINGTON SCHOOL DISTRICT – FORMULARIO DE ALERTA PARA ENFERMEROS

El Formulario de Alerta para Enfermeros que se encuentra en el reverso de esta tarjeta permite a los enfermeros del distrito reunir información sobre los estudiantes con problemas de salud graves. En la tarjeta hay una serie de problemas de salud graves, pero también hay espacio para indicar otros problemas de salud graves que pueden no detallarse. No es necesario indicar en el formulario problemas de salud menores que no afecten a su hijo en la escuela.

**Entregue la tarjeta de Alerta para Enfermeros en o antes del primer día de clases**, o el día después de recibirla, para que el enfermero pueda dar a conocer al personal necesario si su hijo tiene problemas de salud graves.

### **Formulario de Autorización para el Suministro de Medicación**

Los padres/tutores y médicos/proveedores de cuidado médico que deban tomar una medicación en la escuela deberán completar el Formulario de Autorización para el Suministro de Medicación (Authorization for Administration of Medication Form). Este formulario se puede encontrar en el sitio web del Lake Washington School District en: [www.lwsd.org](http://www.lwsd.org), o en la oficina escolar.

### **Preparación para Casos de Emergencia – Problemas Médicos/Dietarios**

Solicitamos a los padres/tutores de estudiantes con problemas médicos/dietarios brindar la medicación y/o comida apropiada, a fin de contar con la misma en la escuela en caso de que se produzca una emergencia que retenga al estudiante en la escuela. Todas las medicaciones se deberán encontrar en el envase original con una etiqueta de la farmacia que coincida con las órdenes del médico/proveedor de cuidado médico. Se solicita un suministro de tres días.

Si tiene cualquier pregunta, por favor comuníquese con el enfermero de la escuela de su hijo a través de la oficina escolar.

**CONTINÚA EN EL REVERSO**

## LAKE WASHINGTON SCHOOL DISTRICT – FORMULARIO DE ALERTA PARA ENFERMEROS

El Formulario de Alerta para Enfermeros que se encuentra en el reverso de esta tarjeta permite a los enfermeros del distrito reunir información sobre los estudiantes con problemas de salud graves. En la tarjeta hay una serie de problemas de salud graves, pero también hay espacio para indicar otros problemas de salud graves que pueden no detallarse. No es necesario indicar en el formulario problemas de salud menores que no afecten a su hijo en la escuela.

**Entregue la tarjeta de Alerta para Enfermeros en o antes del primer día de clases**, o el día después de recibirla, para que el enfermero pueda dar a conocer al personal necesario si su hijo tiene problemas de salud graves.

### **Formulario de Autorización para el Suministro de Medicación**

Los padres/tutores y médicos/proveedores de cuidado médico que deban tomar una medicación en la escuela deberán completar el Formulario de Autorización para el Suministro de Medicación (Authorization for Administration of Medication Form). Este formulario se puede encontrar en el sitio web del Lake Washington School District en: [www.lwsd.org](http://www.lwsd.org), o en la oficina escolar.

### **Preparación para Casos de Emergencia – Problemas Médicos/Dietarios**

Solicitamos a los padres/tutores de estudiantes con problemas médicos/dietarios brindar la medicación y/o comida apropiada, a fin de contar con la misma en la escuela en caso de que se produzca una emergencia que retenga al estudiante en la escuela. Todas las medicaciones se deberán encontrar en el envase original con una etiqueta de la farmacia que coincida con las órdenes del médico/proveedor de cuidado médico. Se solicita un suministro de tres días.

Si tiene cualquier pregunta, por favor comuníquese con el enfermero de la escuela de su hijo a través de la oficina escolar.

**CONTINÚA EN EL REVERSO**

# LAKE WASHINGTON SCHOOL DISTRICT – FORMULARIO DE ALERTA PARA ENFERMEROS

El padre/tutor es responsable de informar a la escuela si un estudiante tiene problema de salud grave.  
Esta información será revisada por el enfermero escolar, quien la compartirá con el personal si fuera necesario.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

ESCUELA: \_\_\_\_\_ MAESTRO: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_

- Mi hijo no tiene ningún problema de salud grave que sea conocido. *(No se necesita información adicional: simplemente firme a continuación y entregue)*  
 Mi hijo tiene el siguiente problema médico grave que deseo que la escuela conozca:

## PROBLEMAS DE SALUD GRAVES:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alergia con riesgo de vida a:<br>_____ | <input type="checkbox"/> Diagnóstico de Salud Mental<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> Trastorno Convulsivo                   | <input type="checkbox"/> Cardíaco                             |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                               | <input type="checkbox"/> Otro: _____                          |
| <input type="checkbox"/> Asma                                   |   |

## MEDICACIONES:

- Sólo en el hogar: \_\_\_\_\_  
 Para recibir en la escuela\*: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE CONTACTO:

Teléfono del Médico/Proveedor de Cuidado Médico: \_\_\_\_\_

Padre/Tutor Dirección de e-mail: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**FIRMA:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

\*Las medicaciones suministradas en la escuela requieren el formulario de Autorización para el Suministro de Medicaciones, que está disponible en: [www.lwsd.org](http://www.lwsd.org) o en la oficina escolar.

6/09

# LAKE WASHINGTON SCHOOL DISTRICT – FORMULARIO DE ALERTA PARA ENFERMEROS

El padre/tutor es responsable de informar a la escuela si un estudiante tiene problema de salud grave.  
Esta información será revisada por el enfermero escolar, quien la compartirá con el personal si fuera necesario.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

ESCUELA: \_\_\_\_\_ MAESTRO: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_

- Mi hijo no tiene ningún problema de salud grave que sea conocido. *(No se necesita información adicional: simplemente firme a continuación y entregue)*  
 Mi hijo tiene el siguiente problema médico grave que deseo que la escuela conozca:

## PROBLEMAS DE SALUD GRAVES:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alergia con riesgo de vida a:<br>_____ | <input type="checkbox"/> Diagnóstico de Salud Mental<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> Trastorno Convulsivo                   | <input type="checkbox"/> Cardíaco                             |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                               | <input type="checkbox"/> Otro: _____                          |
| <input type="checkbox"/> Asma                                   |   |

## MEDICACIONES:

- Sólo en el hogar: \_\_\_\_\_  
 Para recibir en la escuela\*: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE CONTACTO:

Teléfono del Médico/Proveedor de Cuidado Médico: \_\_\_\_\_

Padre/Tutor Dirección de e-mail: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**FIRMA:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

\*Las medicaciones suministradas en la escuela requieren el formulario de Autorización para el Suministro de Medicaciones, que está disponible en: [www.lwsd.org](http://www.lwsd.org) o en la oficina escolar.

6/09