

# LAKE WASHINGTON SCHOOL DISTRICT – FORMULARIO DE PREVENCIÓN A ENFERMERA

La información en este formulario debe ser diligenciada (actualizada) para cada año lectivo.  
 Por favor diligencie este formulario y entréguelo a la enfermera de su escuela tan pronto como sea posible.  
 Para brindar un ambiente saludable y seguro a su hijo (a), la enfermera de la escuela revisará esta información y la compartirá con el personal. No es necesario nombrar en este formulario las condiciones de salud menores que no afecten a su hijo (a) en la escuela

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

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

**AVISO A PADRES/TUTORES:**

Si su hijo(a) tiene una condición grave de salud, **es importante que usted le comunique esto a la enfermera de su escuela inmediatamente.** La Ley Estatal de Washington (RCW 28A.210.320) solicita que los medicamentos u órdenes de tratamiento y plan de atención médico estén vigentes antes del inicio del año lectivo. La enfermera de su escuela trabajará con usted para desarrollar un plan para su hijo (a). Usted puede contactar a las enfermeras de la escuela por medio de la oficina de la escuela.

**CONDICIONES DE SALUD GRAVES** *Nota: Si usted señala una de las casillas, usted debe contactar a la enfermera de su escuela.*

- Asma** (Si usted señala esta casilla, por favor responda las siguientes preguntas):
  - ¿Su hijo (a) usa regularmente un inhalador para síntomas de asma? .....  Sí.....  No
  - ¿Su hijo (a) ha sido hospitalizado por asma en el año pasado? .....  Sí.....  No
  - ¿Su hijo (a) ha usado esteroides (prednisona) para los síntomas de asma? .....  Sí.....  No
- Alergia - Severa, con prescripción de EpiPen o Auvi-Q** (por ejemplo: alimentos, picaduras de insectos)  
 Alérgeno(s): \_\_\_\_\_
- Diabetes**  
 Fecha de diagnóstico: \_\_\_\_\_ Usa (encierre una):      bomba de insulina    jeringa de insulina    lapicero de insulina  
 (Encierre):    Independiente    Necesita ayuda
- Ataques**  
 Tipo de ataque: \_\_\_\_\_ Fecha de Último Episodio: \_\_\_\_\_  
 Órdenes de medicamentos para ataques durante la jornada escolar
- Problemas cardíacos** – Describa la historia: \_\_\_\_\_
- Educación Física/Restricción de Actividades:** \_\_\_\_\_

- Alergia, que no amenaza la vida:**  
 Alérgeno(s): \_\_\_\_\_ Reacción: \_\_\_\_\_  
 Alérgeno(s): \_\_\_\_\_ Reacción: \_\_\_\_\_
- Historia de Conmociones cerebrales:**  
 Fecha(s) de conmoción: \_\_\_\_\_
- ¿Déficit auditivo?     ¿Su hijo (a) usa aparatos de sordera?
- ¿Déficit de visión? Su hijo (a) usa:     Gafas     Lentes
- Otro:** \_\_\_\_\_

**Mi hijo (a) no presenta ninguna de las condiciones anteriores.**

**MEDICAMENTOS (incluyendo inhaladores, medicaciones sin receta y herbales)**

**A ser administrada en la escuela\*** \_\_\_\_\_

\*Los medicamentos administrados en la escuela necesitan el Formulario de *Autorización para la Administración de Medicamentos* disponible en [www.lwsd.org](http://www.lwsd.org) o en la oficina de la escuela. Todos los medicamentos deben estar en su recipiente original con una etiqueta de farmacia que concuerde con las órdenes médicas del proveedor.

**Preparación para la Emergencia – Condiciones Médicas/Alimenticias:** solicitamos a los padres/tutores de estudiantes con condiciones médicas/alimenticias graves faciliten los medicamentos y/o alimentos apropiados a la escuela en caso de que ocurra una emergencia en la escuela. Se solicita un suministro para tres días.

**INFORMACIÓN DE CONTACTO**

Nombre del Médico/Proveedor Médico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Email del Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_