

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 cardiacos** – 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 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 _____