

Formulario de alerta de enfermera

La información en este formulario se diligenciará para cada nuevo año lectivo. Por favor devuelva este formulario tan pronto como sea posible. Para brindar un ambiente seguro y saludable a su hijo (a), esta información será revisada por la enfermera de la escuela y se compartirá con el personal.

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Apellido Nombre Segundo Nombre
 Escuela: _____ Grado: _____ Maestro: _____

Condiciones Médicas Graves (Marque la casilla 1 o 2 a continuación)

Si su hijo (a) tiene una condición de salud grave, es vital que usted hable de esto con la enfermera de su escuela **inmediatamente**. La ley del Estado de Washington (RCW 28A.210.320) requiere que los medicamentos, las órdenes de tratamiento y un plan de salud individual estén vigentes antes de iniciar clases. Comuníquese con la enfermera de su escuela a través de la oficina de la escuela para desarrollar un plan de salud para su hijo (a).

- 1. Mi hijo (a) no tiene ningún problema de salud que lo afecte en la escuela.**
Si usted marca esta casilla, no se requiere más información. Por favor firme y ponga la fecha en la parte inferior de este formulario y entréguelo a la escuela.
- 2. Mi hijo (a) tiene la siguiente condición grave de salud – marque las casillas a continuación:**
 - Asma**
¿Requiere inhalador? Sí No
 - Diagnóstico Cardíaco:** _____
Restricciones: _____
 - Diabetes** (Fecha de diagnóstico: _____)
 - Bomba de insulina Independiente
 - Inyector de insulina Dependiente
 - Jeringa de insulina
 - Alergia que pone en riesgo la vida:**
Requiere de un inyector de EpiPen o Auvi-Q? Sí No
Alergénos: _____
 - Trastorno convulsivo:** Tipo- _____
Medicamentos: _____
 - Otras condiciones médicas:** _____

Medicamentos (prescripción, suplementos, de venta libre)

Todos los medicamentos en la escuela requieren un **formulario de Autorización para la administración de medicamentos** disponible en www.lwsd.org o en la oficina de la escuela.

Medicamentos en la escuela: _____ Medicamentos a tomar en la casa: _____

Preparación de Emergencia para Condiciones Médicas/Alimenticias

Solicitamos que los padres/tutores de estudiantes con condiciones médicas/alimenticias graves proporcionen medicamentos y/o alimentos apropiados para mantener en la escuela en caso de que haya una emergencia que los obligue a permanecer en la escuela. Se solicita un suministro de tres días.

Información de Contacto de Emergencia

Nombre de padre/tutor: _____ Teléfono principal: _____
 Email: _____ Teléfono secundario: _____
 Proveedor de Atención Médica: _____ Número teléfono: _____

Firma del Padre: _____ **Fecha:** _____