**Información de la Salud del Alumno**

**20\_\_-\_\_**

**Autorización para tratamiento medico de emergencia**

Cada año escolar tenemos que actualizar los archivos de salud de su hijo/a así como la información de emergencia, para proporcionar el mejor cuidado posible para é/ella aquí en la escuela.

**Por favor llene la siguiente forma, fírmela y regrésela** a la escuela lo más pronto posible.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Nombre del Alumno Fecha de nacimiento Sexo Grado*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Nombre del padre/madre o tutor/a Teléfono*

 \_\_\_

*Dirección Ciudad / Apartado postal*

*Nombre del Doctor / teléfono Nombre del Dentista / teléfono*

**HISTORIA MEDICA DEL ALUMNO:** *MARCAR SOLO LO QUE APLICA*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | infecciones del oído, resfriados |  | frecuente sangrado de la nariz  |  | condición del corazón |
|  | Problemas de riñones/vejiga  |  | defectos físicos |  | Asma |
|  | problemas de la piel |  | problemas de la vista |  | Diabetes |
|  | dolor de cabeza frecuentes  |  | problemas del habla |  | convulsiones/ataques |
|  | Historia de tuberculosis en la familia |  | Problemas del oído |  | Reacciones alérgicas que re--  |
|  | tratamiento de tuberculosis (positiva) |  | Fiebre escarlata o reumática |  | quieran medicina (explique en  |
|  | problemas de salud mental |  | viruelas |  | las líneas siguientes: |

**Favor de explicar los problemas de salud especiales:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ALERGIAS:**

❑ plantas ❑ comida ❑ abejas (o) piquete de insecto que requiriera medicamento

❑ medicinas ❑ animales ❑ otros

Favor de describir la reacción y el tratamiento necesario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_

Los problemas de salud afectan la vida diaria de su hijo/a o su participación en la escuela? Si ❑ No ❑

Si responde **si,** favor de explicar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Indique cualquier operación significante o deformidades: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_Necesita su niño/a tomar medicinas o tratamiento regularmente? Si ❑ No ❑

Si marco **si,** favor de explicar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Utiliza su niño/a lentes de contacto? Si ❑ No ❑ Lentes?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indique las necesidades especiales si utiliza el autobús escolar?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

❑ **Yo autorizo al director o la persona que él designe para transportar y buscar tratamiento de emergencia medica o dental cuando éste sea necesario** y cuando todos los esfuerzos por comunicarse conmigo fueron insatisfactorios. Esta autorización es valida por todo el año escolar a menos que, se envié un escrito revocando/anulando al Distrito Escolar de Okanogan. Yo entiendo que el Distrito Escolar de Okanogan, sus empleados y su mesa directiva no asumen responsabilidad alguna en relación al transporte o tratamiento del menor mencionado. **Además entiendo que todo el costo paramédico, la transportación, hospitalización, examinación, radiografías, o tratamiento proveído en relación a esta autorización serán mi responsabilidad.**

* **Yo No autorizo o doy mi consentimiento para tratamiento de emergencia medica o dental para mi hijo/a.**

Por favor indíquenos el procedimiento a seguir si su hijo/a tiene problemas, hasta que podamos comunicarnos con sus padres:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Firma del padre o tutor***  ***Fecha de hoy***

Yo entiendo que la información que he proveído arriba será compartida, cuando sea necesario, con las personas que necesiten saberla, y así proveer un ambiente seguro para mi hijo/a.

Yo entiendo que el Distrito Escolar de Okanogan **NO** provee seguro medico de accidentes para los alumnos por heridas relacionados con la escuela pero si ofrece un seguro de accidentes para los alumnos de compra voluntaria. Yo he recibido esta información y una aplicación para este seguro. □ Yo lo compraré □ No lo compraré

**Este documento expira al final de este año escolar** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *Firma de padre o tutor Fecha*