

Nombre del alumno \_\_\_\_\_

**Información del alumno**

Grado \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Maestro(a) \_\_\_\_\_

**Padre/Madre/Tutor** (Residencia principal-padre/madre que tiene la custodia)   Marque para teléfono no mencionado

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Teléfono celular \_\_\_\_\_ Otro teléfono \_\_\_\_\_

Correo electrónico #1 \_\_\_\_\_ Correo electrónico #2 \_\_\_\_\_

**Padre/Madre/Tutor** (Residencia principal-padre/madre que tiene la custodia)   Marque para teléfono no mencionado

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Teléfono celular \_\_\_\_\_ Otro teléfono \_\_\_\_\_

Correo electrónico #1 \_\_\_\_\_ Correo electrónico #2 \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia (además del padre/madre/tutor – se notificará primero a los padres en caso de enfermedad/emergencia)**

Primer contacto _____	Segundo Contacto _____
Parentesco _____	Parentesco _____
Ciudad _____	Ciudad _____
Teléfono _____	Teléfono _____

FAVOR DE AVISAR A LA ESCUELA SI LA INFORMACIÓN ANTES MENCIONADA CAMBIA DURANTE EL AÑO ESCOLAR

**Notificación de servicios de salud escolar**

*Padres/Tutores: Lo siguiente es una notificación única que seguirá a su hijo mientras esté inscrito en las escuelas BHM. Por favor, firme a continuación su acuse de recibo.*

La Política de Medicamentos del Distrito Escolar de BHM requiere la firma de un prescriptor autorizado para todos los medicamentos recetados y la firma de un padre/tutor en todos los medicamentos administrados durante el horario escolar. Todos los formularios de permiso de medicamentos, planes de acción para alergias, planes de acción para el asma, órdenes para la diabetes, planes de acción para las convulsiones y planes de tratamiento (órdenes de alimentación enteral, órdenes de cateterismo, órdenes de cuidado de ostomía, etc.) TIENEN QUE ser proporcionados por el padre/tutor del estudiante a la oficina de salud anualmente y solo están activos hasta 1 año después de la fecha en que se firmó originalmente (a menos que el proveedor indique lo contrario).

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Padre/madre/Tutor

FAVOR DE LLENAR AMBOS LADOS



INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del alumno

\*\* Aviso: es responsabilidad de los padres avisar a la compañía encargada del transporte escolar de cualquier problema de salud del alumno.\*\*

Política de privacidad: De conformidad con la Ley de privacidad de datos del gobierno de Minnesota, la información que usted proporcione puede compartirse con personal del distrito que trabaje con su hijo(a) con base en necesidades educativas. No se podrá compartir información con terceros sin el permiso de Usted. El personal de la escuela tiene la obligación de denunciar cuando se sospeche de casos de abuso o descuido de menores así como cuando se sospeche el uso excesivo o habitual de drogas por parte de los padres o tutores. Usted tiene el derecho de retener información relativa a la salud; sin embargo, al hacerlo la escuela no podrá proporcionar el entorno más seguro para su hijo(a).

¿ Su hijo(a) tiene?: Favor de marcar TODO lo que sea pertinente

Asma
He completado un plan de acción en caso de asma para este año escolar.
Necesito un plan de acción en caso de asma para mi hijo(a) para este año escolar.
Inhaladores
Conservar en la enfermería.
Conservar con el/la alumno(a).
Se debe llenar un plan de acción anualmente.

Dolores de cabeza
Migraña
No Migraña (mas de 4 por mes)
Medicaciones según sea necesario
La familia debe proporcionar las medicaciones del alumno(a)

Alergias
Mencione
Tratamiento
¿Medicación de emergencia?
Antihistamínico
Auto inyector de epinefrina
Si el alumno(a) usa medicación de emergencia, se debe llenar un plan de acción en caso de alergias anualmente.

Enfermedad cardíaca
Soplo sin lilitaciones
Otro
Describe
Medicaciones

Salud mental
Describe
Medicaciones

ADD/ADHD
Medicación
Se administra: En casa En la escuela

Problemas ortopédicos
Limitaciones
Sin limitaciones
Describe

Enfermedades hemorrágicas (como ITP o hemofilia)
Describe

Cáncer
Tipo

Convulsiones
Solo febril (sugerir Tylenol/Ibuprofeno en la enfermería) - No es necesario un plan sanitario
Otro
Describe
Medicaciones
Favor de llenar anualmente un Plan sanitario de emergencia en caso de convulsiones.

Diabetes
Tipo I Tratamiento
Tipo II Tratamiento
Favor de llenar un Plan de manejo y emergencias en la escuela relacionadas con la diabetes anualmente.

Otro (como restricciones de actividades, problemas neurológicos, de movilidad, auditivos, de visión, necesidades alimenticias especiales)
Describe la inquietud:

Doctor
Firma
Padre/Madre/Tutor(a)

Clínica