

# San Dieguito Union High School District FORMULARIO PARA INFORMACIÓN DE SALUD

*Health Information Form*

**IMPORTANTE: LAS FIRMAS DEL PADRE / TUTOR LEGAL Y ESTUDIANTE SE REQUIEREN EN LA PÁGINA 2**

ESTUDIANTE: Apellido \_\_\_\_\_ Varón  Dama   
 Primer Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento mes/día/año \_\_\_\_\_ Escuela actual \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

**PADRE / TUTOR LEGAL:** la siguiente información es necesaria para el expediente de salud de el/la estudiante. Se requiere solamente una vez al inscribirse. Sin embargo, si en el futuro se presentan nuevos problemas de salud, solicitamos que el padre / tutor legal **tan pronto como le sea posible, presente notificación a la Oficina Escolar de Salud** para proporcionar la atención adecuada a su hijo/a.

**CONDICIÓN/ES DE SALUD:**

Por favor indique la/s casilla/s que mejor describa/n la/s condición/es de salud de su hijo/a y **entregue el formulario en la Oficina Escolar de Salud**. Por favor proporcione información específica acerca de la/s condición/es que puede/n afectar a su hijo/a para aprender o para participar en actividades escolares (si lo necesita, adjunte la información adicional en una página por separado).

CONDICIÓN DE SALUD	EXPLICACIÓN: (por favor incluya; fecha de diagnóstico, frecuencia, severidad, etc.)
<input type="checkbox"/> Alergia (de alimentos, medicamento, piquete de abeja, etc.)	<input type="checkbox"/> <b>Necesita</b> medicamento en la escuela (requiere un formulario con autorización, vea la página 2)
<input type="checkbox"/> Asma (indique: leve, moderada, de seriedad, otro)	<input type="checkbox"/> <b>Necesita Inhalador</b> en la escuela (requiere un formulario con autorización, vea la página 2)
<input type="checkbox"/> Enfermedad sanguínea (de la sangre)	
<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral	
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> <b>Necesita Insulina</b> en la escuela (requiere un formulario con autorización, vea la página 2)
<input type="checkbox"/> Diagnóstico con déficit de atención e hiperactividad (ADHD/ADD)	<input type="checkbox"/> <b>Necesita</b> medicamento en la escuela (requiere un formulario con autorización, vea la página 2)
<input type="checkbox"/> Defecto de nacimiento / trastorno genético	
<input type="checkbox"/> Enfermedad emocional	
<input type="checkbox"/> Desmayo	
<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	
<input type="checkbox"/> Síndrome de deficiencia inmunológica	
<input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón	
<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza / migraña / jaquecas	<input type="checkbox"/> <b>Necesita</b> medicamento en la escuela (requiere un formulario con autorización, vea la página 2)
<input type="checkbox"/> Enfermedad neurológica	
<input type="checkbox"/> Condición ortopédica	
<input type="checkbox"/> Prótesis	
<input type="checkbox"/> Enfermedad psicológica	
<input type="checkbox"/> Escoliosis	
<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> <b>Necesita</b> medicamento en la escuela (requiere un formulario con autorización, vea la página 2)
<input type="checkbox"/> <b>Fecha de la última visita al médico:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Otra/s preocupación/es de salud de seriedad: (si necesita, incluya una página adicional)</b>

IMPEDIMENTO AUDITIVO	
<input type="checkbox"/> Sordera / dificultad para escuchar	<input type="checkbox"/> Oído derecho <input type="checkbox"/> Oído izquierdo
<input type="checkbox"/> Dispositivo auxiliar para escuchar	<input type="checkbox"/> Oído derecho <input type="checkbox"/> Oído izquierdo
<input type="checkbox"/> Problemas para escuchar	<input type="checkbox"/> Oído derecho <input type="checkbox"/> Oído izquierdo
IMPEDIMENTO VISUAL	
<input type="checkbox"/> Necesita lentes	<input type="checkbox"/> Ojo derecho <input type="checkbox"/> Ojo izquierdo
<input type="checkbox"/> Para ver a distancia	<input type="checkbox"/> Lentes de contacto
<input type="checkbox"/> Para leer	<input type="checkbox"/> Debido a estigmatismo
	<input type="checkbox"/> <b>Otro:</b>

IMPEDIMENTO DE LENGUAJE
<input type="checkbox"/> Ha recibido terapia
<input type="checkbox"/> Necesita terapia
RESTRICCIONES FÍSICAS
<input type="checkbox"/> Para participación en educación física
<input type="checkbox"/> Tipo de restricciones:

San Dieguito Union High School District  
**FORMULARIO PARA INFORMACIÓN DE SALUD**

*Health Information Form*

**IMPORTANTE: LAS FIRMAS DEL PADRE / TUTOR LEGAL Y STUDENT SON OBLIGATORIAS**

Varón  Dama

ESTUDIANTE: Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento mes/día/año \_\_\_\_\_ Escuela actual \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

**PADRE / TUTOR LEGAL Y ESTUDIANTE: NO ESTÁ PERMITIDO que los estudiantes lleven consigo medicamento, excepto con la autorización de un médico en el expediente para; *inhalador* para asma, *epipen* para reacción alérgica, y/o *glucagón* para diabetes ASÍ COMO TODO MEDICAMENTO; con prescripción, sin prescripción, remedios homeopáticos, vitaminas, etc. que deban administrarse durante el horario escolar o durante actividades patrocinadas por la escuela, **REQUIEREN** el formulario de autorización “*Authorization for Administration of Medication*” firmado por el médico y el padre del estudiante. Si su hijo/a requiere la administración de medicamento durante el horario / actividad escolar: Por favor visite la Oficina de Salud Escolar durante horas hábiles, o visite la página Web del Distrito para obtener el formulario “*Authorization for Administration of Medication*”: [www.sduhsd.net](http://www.sduhsd.net)**

Medicamento/s que su hijo/a actualmente recibe en el hogar (favor de incluir la fecha de prescripción y la dosis): \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo/a un régimen continuo de medicamento? NO  SÍ  ¿Necesita administrarse en la escuela? NO  SÍ

**Si el estudiante necesita medicamento durante el horario escolar:** Favor de completar y entregar personalmente en la Oficina de Salud Escolar el formulario de autorización “*Authorization for Administration of Medication*”:

<i>Carmel Valley</i>	CV	858-481-8221 ext. 3014	<i>Canyon Crest Academy</i>	CCA	858-350-0253 ext. 4011
<i>Diegueño</i>	DNO	760-944-1892 ext. 6631	<i>La Costa Canyon</i>	LCC	760-436-6136 ext. 6024
<i>Earl Warren</i>	EW	858-755-1558 ext. 4414	<i>San Dieguito Academy</i>	SDA	760-153-1121 ext. 5021
<i>Oak Crest</i>	OC	760-753-6241 ext. 3378	<i>Torrey Pines</i>	TP	858-755-0125 ext. 2235
<i>Pacific Trails</i>	PT	858-509-1000 ext. 4605	<i>Sunset</i>	SS	760-753-3860 ext. 5534

**MEDICAMENTOS (EC § 49423):** Cualquier estudiante que deba tomar en la escuela medicamentos por prescripción y quien desee la ayuda del personal escolar debe presentar una declaración por escrito de las instrucciones del médico o del asistente del médico y una solicitud del padre para recibir asistencia con la administración de medicamentos. Cualquier estudiante puede llevar consigo y administrarse el medicamento recetado auto-inyectable *epinephrine*, **únicamente si el estudiante entrega una declaración por escrito con las instrucciones del médico o del asistente del médico y el consentimiento escrito de los padres autorizando la auto-administración del medicamento**, proporcionando autorización a la enfermera u otro personal escolar para consultar con el médico de salud del estudiante a medida que surgen preguntas, y liberando / exonerando al distrito y al personal escolar de responsabilidad civil si el estudiante sufre alguna reacción adversa como resultado de la auto-administración del medicamento.

**RÉGIMEN CONTINUO DE MEDICAMENTO (EC § 49480):** El padre o tutor legal de cualquier estudiante en un régimen continuo de medicamento para una condición no episódica, deberá informar a la enfermera de la escuela u otro miembro del personal sobre el medicamento que está tomando, la dosis actual, y del nombre del médico supervisor. Con el consentimiento del padre o tutor legal del estudiante, la enfermera escolar puede comunicarse con el médico y podrá consultar con el personal escolar acerca de los posibles efectos de conducta física, intelectual y social en el estudiante, así como posibles señas de comportamiento y síntomas de efectos secundarios, por omisión o sobredosis.

**He leído y entiendo esta constancia y los requisitos del código de educación “Ed Code Requirements”:**

<b>PADRE / TUTOR LEGAL:</b>		
IMPRIMA: Nombre del padre / tutor legal	Correo electrónico del padre /tutor legal	Teléfono celular
Domicilio actual	Ciudad	Código postal
Padre / tutor legal _____		
Firma		Fecha

<b>ESTUDIANTE:</b>		
IMPRIMA: Nombre del estudiante	Correo electrónico del estudiante	Teléfono celular
Estudiante _____		
Firma - Estudiante adulto: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Fecha

<b>OFICINA DE SALUD:</b>
Initials & Date Received: _____