

# ACTUALIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

**Actualización de la Historia Clínica del Estudiante: Esta información será compartida con el personal y directivos en los casos en que sea necesario, y con el personal médico de emergencia en el caso de una emergencia, a menos que usted nos notifique lo contrario.**

1. Por favor indique con una marca si su hijo/hija ha tenido alguno de los siguientes problemas. Indique fechas y otorgue información adicional en la sección destinada a comentarios.

- |                                      |   |  |                                      |  |                                  |
|--------------------------------------|---|--|--------------------------------------|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD    | <input type="checkbox"/> Trastorno sanguíneo        | <input type="checkbox"/> Intestinos/Vejiga | <input type="checkbox"/> Audición    | <input type="checkbox"/> Riñón               | <input type="checkbox"/> Habla   |
| <input type="checkbox"/> Alergias    | <input type="checkbox"/> Tatuajes/Piercing corporal | <input type="checkbox"/> Diabetes          | <input type="checkbox"/> Corazón     | <input type="checkbox"/> Discapacidad física | <input type="checkbox"/> Cirugía |
| <input type="checkbox"/> Asma        | <input type="checkbox"/> Huesos/Columna             | <input type="checkbox"/> Emocional         | <input type="checkbox"/> Infecciones | <input type="checkbox"/> Convulsiones        | <input type="checkbox"/> Visión  |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ |   |  |                                      |  |                                  |

Comentarios: \_\_\_\_\_

2. ¿Tiene su hijo/hija alergia a medicamentos, alimentos, látex o picaduras de insectos?  Sí  No

¿A qué? \_\_\_\_\_ ¿Qué le sucede? \_\_\_\_\_

Tratamiento: \_\_\_\_\_

3. ¿Ha tenido su hijo/hija alguna enfermedad desde que terminaron las clases?  Sí  No

Indicar qué tipo de enfermedad, con fecha(s): \_\_\_\_\_

4. ¿Ha tenido su hijo/hija alguna cirugía desde que terminaron las clases?  Sí  No

Tipo de cirugía, con fecha(s): \_\_\_\_\_

5. ¿Ha recibido su hijo/hija alguna vacuna desde que finalizaron las clases?  Sí  No

Indicar vacuna(s) con fecha(s): \_\_\_\_\_

6. ¿Recibe su hijo algún tratamiento o está siendo evaluado por algún problema de salud?  Sí  No

Indique el/los problema(s): \_\_\_\_\_

7. ¿Toma su hijo alguna medicación o recibe algún tipo de tratamiento?  Sí  No

Nombre de la medicación o tratamiento: \_\_\_\_\_

¿Necesita su hijo tomar alguna medicación durante el horario escolar? *Si la respuesta es sí, por favor contáctese con la enfermera escolar para hacer los arreglos correspondientes.*  Sí  No

8. ¿Ha sido su hijo/hija examinado/a alguna vez por un oculista?  Sí  No

Fecha del último examen: \_\_\_\_\_ Si su hijo/hija usa lentes o lentes de contacto, ¿cuándo fue la receta cambiada por última vez? \_\_\_\_\_

9. ¿Cuál es el nombre del dentista de su hijo/hija? \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Cuál fue la fecha de su último examen odontológico: \_\_\_\_\_

10. ¿Cuál es el nombre del médico de cabecera de su hijo/hija? \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Cuál fue la fecha de su último examen físico? \_\_\_\_\_

11. ¿Ha experimentado su hijo/hija recientemente algún acontecimiento de vida importante, tal como una mudanza, muerte, separación, divorcio, etc., desde el fin del último año escolar? *\*Si la respuesta es sí, por favor comunicarse con la enfermera escolar o la consejera escolar.*  Sí  No

12. ¿Ha tenido usted, su hijo/hija o alguien de su hogar un resultado positivo en un test de COVID-19? *\*Si la respuesta es sí, por favor comunicarse con la enfermera escolar.*  Sí  No

**Firma del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

**Información sanitaria/médica adicional: Esta información será compartida con el personal y directivos en los casos en que sea necesario, y con el personal médico de emergencia en el caso de una emergencia, a menos que usted nos notifique lo contrario.**

1. ¿Padece su hijo/hija una alergia alimentaria documentada por un **profesional de la salud matriculado**?  Sí  No

¿A qué? \_\_\_\_\_ ¿Qué le sucede? \_\_\_\_\_

Tratamiento: \_\_\_\_\_

**Todos los estudiantes que padecen alergia a alimentos deben presentar un Plan de Acción para la Alergia Alimentaria completado por un profesional de la salud matriculado.**

2. ¿Necesitará su hijo/hija un menú personalizado libre de alérgenos diseñado por una Nutricionista Matriculada de Red Clay?

**Aviso: Las comidas preparadas en el hogar son la opción más segura de alimentación en la escuela para los estudiantes con alergia a alimentos.**

**No.** Yo me haré completamente responsable de proporcionarle a mi hijo/hija comidas para la escuela libres de alérgenos.

**Sí.** Entregaré a la enfermera escolar el Plan de Acción para la Alergia Alimentaria completado por un profesional de la salud matriculado. La falta de presentación de dicha documentación ocasionará que el/la estudiante reciba la comida estándar para alergias alimentarias.

Información médica					
Seguro médico:				Tipo:	
Nº de certificado:		Nº de grupo:		Nº de Medicaid:	

Autorizo a que a mi hijo/hija se le administre lo siguiente, según lo determine la enfermera:

Acetaminofén (Tylenol®)  Sí  No      Ibuprofeno (Advil®)  Sí  No      Tums®  Sí  No

**Firma del padre/madre/tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Procedimiento a seguir por la escuela en caso de emergencia: Las escuelas han adoptado el siguiente procedimiento para atender a su hijo/hija cuando se enferma o sufre una lesión en la escuela. En casos extremos, la escuela procurará atención médica inmediata.**

En caso de emergencia y/o si es necesario que el/la estudiante reciba atención médica u hospitalaria:

1. La escuela llamará a la casa del estudiante. Si nadie responde,
2. La escuela llamará al lugar de empleo del padre, madre o tutor 1 o 2. Si nadie responde,
3. La escuela llamará a los otros números de teléfono indicados y al médico.
4. Si no es posible localizar a alguna de las personas mencionadas anteriormente, la escuela pedirá una ambulancia, si fuese necesario, para transportar al niño a un centro médico local.
5. En base a lo que opine el médico que lo atienda, el niño podrá ser internado en un centro médico local.
6. La escuela continuará llamando a los padres, tutores y al médico hasta ponerse en contacto con alguno de ellos.
7. La información contenida en este formulario puede ser compartida con el personal médico de emergencia.

**Si no me pueden localizar y las autoridades escolares han seguido el procedimiento descrito, estoy de acuerdo en asumir todos los gastos relacionados con el transporte y el tratamiento médico de este/esta estudiante. También presto mi consentimiento por este medio para cualquier tratamiento, cirugía, procedimiento de diagnóstico o administración de anestesia que pueda ser llevado a cabo en base a la opinión profesional del médico que lo atienda.**

Al firmar este formulario, reconozco que comprendo su contenido y doy fe de la exactitud de la información.

**Firma del padre/madre/tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_