

ALERTA MÉDICA/INVENTARIO DE SALUD

Nombre del menor _____ Fecha de nacimiento _____ Escuela _____ Grado _____

Médico _____ Hospital preferido _____ Aseguradora _____

Historial clínico: Sírvase completar ambos lados de este formulario. Esta información se considera CONFIDENCIAL y está concebida para que la utilicen enfermeras, personal de servicios de salud, maestros, administradores de edificios y otros, según la necesidad, para asegurar la seguridad y protección de su hijo en la escuela.

Marque la afección o afecciones médicas en la columna apropiada. Si la afección es actual, ofrezca los detalles.

Código informático	HISTORIAL CLÍNICO/ AFECCIÓN	Actual		MEDICAMENTO(S) El formulario "Medicación en la escuela" debe completarse y entregarse en la administración de la escuela.	Marque (√) si se necesita en la escuela	COMENTARIOS
		Sí	No			
EG & OB (Personal: ingrese ambos códigos e indique el tipo de alergia)	Alergia anafiláctica (potencialmente mortal) Insectos ____ Abejas ____ Alimentos ____ Ambiental ____			(saque los animales que estén en los edificios)		Especifique la fuente de la alergia, p.ej.: maní, humo, perros, etc.
EE ED EC EB	Alergia- leve/local Insectos ____ Abejas ____ Alimentos ____ Ambiental ____ Otros (antibióticos, etc.)- leve a grave ____			(saque los animales que estén en los edificios)		Especifique la fuente de la alergia, p.ej.: maní, humo, perros, etc.
RB RC RD RE	Asma- leve ____ Moderada ____ Grave ____ Enf. reactiva de las vías resp. ____					Especifique los factores que contribuyen a los ataques:
EJ	Fibrosis quística					
GF GG GI	Encopresis ____ Int. alimentaria ____ GI- otro ____					Especifique la afección si marcó "GI-otro":

CA CD CE CG	Insuf. cardíaca ___ Soplo cardíaco ___ Hipertensión ___ Otra afección cardiov._					Especifique la afección si marcó "Cardiovascular-otro":
BB BD	Hemofilia___ Enfermedad sanguínea – otro ___					Especifique la afección si marcó "Enfermedad sanguínea: –otro":

COMPLETE EL REVERSO Y FIRME/ESCRIBA LA FECHA – ENTREGUELO EN LA OFICINA DE LA ESCUELA DEL ESTUDIANTE

Código informáti co	HISTORIAL CLÍNICO/ AFECCIÓN	Actual		MEDICAMENTO(S) El formulario "Medicación en la escuela" debe completarse y entregarse en la administración de la escuela.	Marque (√) si se necesita en la escuela	COMENTARIOS
		Sí	No			
EA EK EU EO	Trastorno suprarrenal ___ Diabetes - tipo 1 ___ Trastorno de la tiroides ___ Endocrino y/o Metabólico –otro ___					Especifique la afección si marcó "Endo/Metabol. – otro":
NP NU	Trastorno convulsivo ___ Les. cer. por trauma ___					
PA	Trastorno de ansiedad					
YB YD	Disc. auditiva ___ Disc. visual ___					Fecha del examen/resultados: Fecha del examen/resultados:
MD MC ME	Distrofia muscular ___ Artritis reumatoidea Juvenil ___ Músc.-esq. – otro__					Specifique la afección si marcó "Músc.-esq. – otro":
NE	Parálisis cerebral					
UA UE UD	Insuf. renal cr. ___ Incont.-vej./contr. instest._ Genito-urin. otro _					Especifique la afección si marcó "Genito- urin. otro":

TA TI	Neoplas. (cáncer) -sang. y/o circulatorio ____ Neoplas. (cáncer)-otro_					Especifique la afección si marcó “Neoplas. (cáncer)–otro”:
NS	Espina bífida					
NB	ADD/ADHD					

Otras afecciones o comentarios: _____

Ningún menor podrá tomar medicación (de receta o de venta libre) en la escuela si no ha entregado previamente un formulario(s) de administración de medicamentos incluida la firma del proveedor de atención de la salud.

y/o padre/tutor. Puede retirar los formularios en la oficina o en la clínica de su médico. **Sírvase informar por escrito a la escuela si tiene indicaciones especiales respecto de sus creencias religiosas.**

* **¿Necesita seguro médico para sus hijos?** Sírvase marcar la casilla si desea que el defensor de la educación/nuestro personal se ponga en contacto con usted:

No marque la casilla si ya tiene cobertura de seguro médico.

AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO DE URGENCIA: En caso de que se imposibilite comunicarse con el/los padre(s)/tutor nombrado anteriormente en caso de emergencia y si a criterio de las autoridades escolares es urgente una observación o tratamiento inmediato, autorizo y ordeno a las autoridades de la escuela comunicarse con los servicios de asistencia médica de urgencia y remitan al estudiante al hospital o al médico más fácilmente accesible. Comprendo que asumiré plena responsabilidad por el pago de cualquier servicio prestado.

Padre/tutor firma _____ Fecha _____