

INSCRIPCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Pre-K - 12

Ciclo Escolar 2019-2020

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____
Apellido Primer Segundo

Marque aquí si su niño(a) **NO Tiene** ningún problema de salud (*firme abajo*)

¿Tiene su niño(a) una condición que amenaza su vida? **Sí** **No**

Cuidado de emergencia: En caso de enfermedad o herida seria y no se puede comunicar con el padre/tutor, doy mi consentimiento para que mi niño(a) sea llevado a un hospital, por ambulancia de ser necesario, para atención médica. TUSD no será responsable por cualquier costo no cubierto por el seguro.

El Padre/Tutor es responsable de notificar a la escuela de preocupaciones nuevas o existentes y de proporcionar a la escuela cualquier medicamento o equipo que el estudiante requiera durante el día escolar. Comuníquese a la oficina de salud para obtener las formas procesales correctas. ***Las condiciones graves tales como anafilaxia, asma, diabetes, u otras condicione requieren planes/acciones del cuidado de salud individuales, permisos de medicamentos, y entrenamiento del personal antes del primer día de clases.**

Mi niño(a) usa lentes o lentes de contacto

ALERGIAS **se requiere un Plan de Emergencia de Alergias si es necesaria la intervención en la escuela y un permiso para medicamentos s es que se mantene medicamento en la enfermería)*

Alimentos: _____ Abejas / Insectos: _____ Medicamento: _____ Ambiental: _____ Otro: _____

Describe la reacción alérgica y el tratamiento: _____

Epinefrina Inyectable prescrita Mi niño(a) tendrá consigo Epinefrina Inyectable y *ha sido instruido sobre el uso de Epinefrina*
 La Epinefrina se mantendrá en la enfermería*

ASMA (**Se requiere un Plan de Acción de Asma si la intervención es necesaria en la escuela y un permiso de medicamentos si el medicamento se mantendrá en la enfermería*) Factores provocantes: Ejercicio Ambiental Otro: _____

Inhalador prescrito Mi niño(a) tendrá consigo un inhalador y *ha sido instruido en su uso* El inhalador se mantendrá en la enfermería*
 Mi hijo(a) fue diagnosticado con asma pero ya no usa inhalador - Fecha del último incidente de asma: _____

DIABETES (**Se requiere un Plan de Cuidado para la Diabetes para todos los estudiantes con Tipo I de Diabetes –comuníquese con el personal de la enfermería antes del inicio del ciclo escolar*)

*Tipo I (toma insulina) Bombeo de Insulina Pen jeringa Tipo II Plan del proveedor de Cuidado de la salud

EMOCIONAL/COMPORTEAMIENTO/PSYCOLÓGICO/DE DESARROLLO

ADD/ADHD Ansiedad Depresión Otro Diagnóstico(s): _____

Recibe Tratamiento Sí No

OÍDO/VISIÓN (además de lentes o lentes de contacto)

Deterioro del oído *Especifique:* _____ Deterioro Visual *Especifique:* _____

MOVILIDAD/ACTIVIDAD **Comuníquese con el personal de la enfermería si existen restricciones o un dispOsitivo de asistencia*

Mi niño(a) necesita ayuda con las actividades cotidianas y/o procedimientos del cuidado de la salud (**comuníquese con el personal*)

Restricción en Actividad (*Especifique:* _____) Mi niño(a) usa un dispositivo de asistencia (*Especifique:* _____)

CONVULSIONES (**Por favor, comuníquese con el personal de la enfermería con respecto a un plan de acción de convulsiones*)

Tipo de convulsiones: _____ Fecha de la última convulsión: _____

Diastat u otro medicamento de emergencia en la escuela* Medicamentos para controlar en casa

OTROS PROBLEMAS MÉDICOS (*si marca cualquiera condición abajo, explique en el espacio proporcionado*)

Parálisis Cerebral condición del corazón Concusión (fecha: _____) Otro: _____

MEDICAMENTO

Medicamentos en la escuela _____

Si su niño(a) requiere medicamentos en la escuela, comuníquese con el personal de la enfermería. Se requiere permiso de medicamentos
 Medicamentos tomados en casa (*Especifique:* _____)

MEDICAMENTOS SIN RECETA PROPORCIONADOS POR LA ESCUELA

Solamente para estudiantes del 6^{to} – 12^{vo} grados:

Para quejas menores autorizo al personal de la enfermería (*que no tenga licencia, tales como asistentes de salud o personal de la oficina*) dar:

- Sí No - Acetaminophen <100lbs=325mg, ≥100lbs=650mg (*Tylenol genérico para dolor de cabeza, calambres menstruales, u otras molestias menores*)
- Sí No - Ibuprofeno <100lbs=200mg, ≥100lbs=400mg (*Advil genérico para el dolor de cabeza, calambres menstruales, u otras molestias menores*)

PERMISO PARA EL PROGRAMA DE ENJUAGUE BUCAL CON FLUORURO PARA REDUCIR LAS CAVIDADES DENTALES

Solamente para estudiantes del 1^{ro} – 5th grados

DESEO que mi niño(a) participe en el programa de enjuague bucal con fluoruro del Departamento de Salud de Arizona. Entiendo que puedo revocar el permiso en cualquier momento al notificar por escrito a la enfermería de la escuela.

NO DESEO que mi niño(a) participe en el programa de enjuague bucal con fluoruro del Departamento de Salud de Arizona.

Deseo más información acerca de los servicios dentales disponibles en la escuela. Por favor, comuníquense conmigo

[General Dentistry 4 Kids](https://www.gd4k.com/) <https://www.gd4k.com/>

Seguro

Ninguno Sí (Nombre del Seguro: _____ AHCCCS TriCare)

La información proporcionada en esta forma reemplazará y/o actualizará cualquier información de salud previa recibida con la excepción de las Condiciones de Salud que Amenazan la Vida (*comuníquense con la enfermera acerca de la remoción de esta información*). Es la responsabilidad del padre/tutor notificar a la enfermería si ocurren algunos cambios en las condiciones de salud de su niño(a).

Nombre del Padre/Tutor (impreso): _____ Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____