

Grado: _____
Maestro/a: _____
Escuela: _____

Escuelas Públicas de Walla Walla
Historia de Salud del Estudiante
Debe de ser llenado por los padres o guardián

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Niño Niña

Marque aquello que aplique y de información indicada:

No Si Usa lentes o lentes de contacto, fecha del último examen: _____
 No Si Usa aparatos de audición, fecha del último examen: _____

Doctor de su hijo/a: _____ Dentista: _____ Fecha de la última visita dental: _____

Medicamentos Diarios

El estado requiere por ley (RCW 28^a.210.260) autorización por escrito del medico y de los padres antes de administrar cualquier tipo medicamento (prescripción u otro) en la escuela. La forma esta disponible en la oficina de la escuela o en el Internet de la escuela publica de Walla Walla.

No Si Medicamento que necesita en la escuela (especifique): _____
 No Si Medicamento que usa en casa (especifique): _____
 No Si Anote las Alergias: _____

Condiciones Médicas de Alto Riesgo para la Vida

La ley del estado de Washington requiere que estudiantes con condiciones medicas de alto riesgo para la vida, donde la condición "ponga a niño en peligro de muerte durante el día de la escuela", tenga órdenes de medicamento/tratamiento y un plan para la enfermera en la escuela **antes** de que su hijo/a pueda asistir a la escuela. Las formas están disponibles en la oficina de la escuela o en el Internet escolar.

Condiciones Médicas de Alto Riesgo para la Vida (Requiere órdenes del médico) Marque aquello que aplique:

No Sí **Reacción alérgica severa a nuez (cual):** _____
 No Sí **Reacción alérgica severa a la picadura de abejas que requiere medicamento de emergencia:** _____
 No Sí **Otras alergias severas que afecten la asistencia a clases. Especifique:** _____
 No Sí **Asma severa: toma medicina con regularidad para condiciones asmáticas y/o ha sido hospitalizado en los últimos 5 años por condiciones asmáticas**
 No Sí **Diabetes**
 No Si **Convulsiones que requiere medicamento de emergencia:** _____

Preocupaciones de Salud: (que potencialmente sean condiciones médicas de alto riesgo para la vida)

Marque aquello que aplique y explique:

No Sí **Asma, toma medicinas solo cuando es necesario:** _____
 No Sí **Convulsiones: Tipo de convulsión** _____ **Fecha de la última convulsión:** _____
 No Sí **Problemas con el corazón:** _____
 No Sí **Problemas de comportamiento o emocionales:** _____
 No Sí **Otras problemas de salud:** _____
 No Si **Condiciones crónicas o enfermedades frecuentes:** _____

¿Tiene su niño/a algún otro problema médico que podría afectar su desarrollo en el salón de clases o en las actividades de educación física?

No Sí Explique si marco Sí: _____

Esta información es considera confidencial. Será compartida con el personal escolar solo cuando sea necesario, mientras su niño/a este inscrito en el Distrito Escolar de Walla Walla, para poder asegurar la salud y seguridad de su hijo/a, a menos que usted solicite lo contrario por escrito.

Firma del padre o guardián _____ Fecha _____