

Montgomery County Public Schools
Información de Salud (Health Information Form_Spanish)
2021-22

Toda la información médica es confidencial. Ver “declaración de privacidad” por último. Si hay un cambio en el estado de salud de su hijo, por favor notificarlo a la enfermera de la escuela. Gracias por su asistencia.

POR FAVOR COMPLETE AMBOS LADOS DE ESTE FORMULARIO EN TINTA NEGRA o AZUL

NOMBRE DEL ESTUDIANTE	FECHA DE NACIMIENTO:	ESCUELA:	GRADO:
PADRE/TUTOR:	TELÉFONO DE CASA #:	TELÉFONO DE TRABAJO#	TELÉFONO CELULAR #:
CONTACTO DE EMERGENCIA #1:	RELACIÓN CON PADRES:	TELÉFONO DE CASA #:	TELÉFONO CELULAR #
CONTACTO DE EMERGENCIA #2:	RELACIÓN CON PADRES:	TELÉFONO DE CASA #:	TELÉFONO CELULAR #

¿Su hijo tiene un médico de familia? Sí No

¿Su hijo tiene un dentista regular? Sí No

En caso de emergencia, si no puedo ser localizado, entiendo que mi hijo será transportado al hospital a través de EMS.

SEGURO MÉDICO: ¿Tiene su hijo alguna de las siguientes cubiertas médicas?
 Seguro privado (Nombre de la compañía de seguros) _____ Medicaid FAMIS Seguro escolar
 Ninguno: ¿Le gustaría recibir información sobre cómo obtener un seguro de salud? SÍ NO

APARATOS O AYUDAS UTILIZADOS POR SU HIJO: Oxígeno Ventilador Silla de Ruedas Otro: _____

PROCEDIMIENTOS ESPECIALES MÉDICOS requeridos por su hijo durante el día escolar (**se requerirá una orden médica—por favor de hablar con la enfermera escolar**)
 Nebulizador Monitoreo de glucosa Alimentación por sonda Cateterización Otro _____

ALERGIAS: Alergias: Lista de alimentos, medicinas, insectos, látex, u otras alergias:
 ALIMENTOS _____
 INSECTOS _____
 MEDICINAS _____
 LATEX _____
 OTRAS ALERGIAS: _____

*****¿Se requiere, en caso de emergencia, el uso de la inyección “EPIPEN” para algunas de las alergias indicadas?**
 SÍ (se requerirá un plan de acción) NO

Problemas de la salud actuales DIAGNOSTICADOS y tratamientos (por favor marque las que sean pertinentes):

*Asma-HA TOMADO MEDICAMENTO EN LOS ULTIMOS 2 AÑOS	Déficit de Atención/Desorden Hiperactivo (ADHD)
¿Utiliza un inhalador? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Desorden del Espectro Autista (Autism Spectrum Disorder)
¿El estudiante lleva su propio inhalador? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Trauma del cerebro (Brain Injury)
¿Utiliza un nebulizador en la escuela? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Cáncer
*Diabetes: _____ Tipo 1 _____ Tipo 2	Enfermedad celíaca (Celiac Disease)
Monitoriza de glucosa vía: <input type="checkbox"/> CGM <input type="checkbox"/> AccuChek	Retrasos en el desarrollo (Developmental Delays)
¿Utiliza bomba de insulina? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Problemas emocionales/salud mental (Mental Health)
¿Utiliza la insulina mediante una jeringa? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Enfermedad de los ojos / problemas (no de lentes) (Eyes)
¿El estudiante maneja su diabetes por sí mismo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Problemas de audición (Hearing Impaired)
*Convulsiones- EFECTUADAS EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS	Problemas cardiacos (Heart Condition)
Tipo de convulsiones _____	Derivación intracraneal (Intracranial Shunt)
Desencadenantes de convulsiones: _____	Lesión de cuello o espinal (Neck/Spinal Injury)
¿Usos de Diastat? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Ostomía (colostomía, urostomía, ileostomía)
Otro (indicar): _____	

****Para poder asistir a su hijo con un cuidado más especializado, a menos que usted decline por escrito, el asma, el diabetes y las convulsiones requieren un plan de acción firmado por el médico y el padre/tutor.**

Declino un plan de atención médica para mi hijo que tiene asma, diabetes y/o convulsiones. (por favor inicial)

Si es necesario, cuéntenos más sobre los problemas de salud que haya marcado:

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

Por favor mencione todos los medicamentos que recibe su hijo en casa y/o en la escuela, y coloque una marca de verificación en las casillas si lo está tomando en casa y/o en la escuela.

Medicamento	Dosis	La hora(s) que se toma	Donde se administra
			___ En casa ___ A la escuela
			___ En casa ___ A la escuela
			___ En casa ___ A la escuela
			___ En casa ___ A la escuela

Las escuelas estarán almacenando los siguientes medicamentos de venta libre (OTC) en la clínica:

- Ibuprofeno*..... ___ **SÍ** ___ **NO**
- Medicamentos para aliviar la alergia (cetirizina / Zyrtec)*..... ___ **SÍ** ___ **NO**
- Acetaminofén*..... ___ **SÍ** ___ **NO**
- Crema antipicazón (hidrocortisona)*..... ___ **SÍ** ___ **NO**
- Pastillas para la tos (cough drops)*..... ___ **SÍ** ___ **NO**
- TUMS antiácido*..... ___ **SÍ** ___ **NO**
- Gotas refrescantes para los ojos (saline eye drops)*..... ___ **SÍ** ___ **NO**
- Vaselina*..... ___ **SÍ** ___ **NO**
- Spray para quemaduras y picaduras (lidocaína)*..... ___ **SÍ** ___ **NO**
- Lavado antiséptico*..... ___ **SÍ** ___ **NO**

POR FAVOR ANOTE QUE: Los medicamentos de venta libre (OTC) son solamente para el uso **ocasional**. Si su hijo toma un medicamento de OTC con regularidad o necesita un dosis fuera de la recomendación del paquete, se **requerirá** una receta del médico para que la enfermera escolar pueda administrar estos medicamentos, y el medicamento se debe ser provisto por el padre/tutor.

Si su hijo necesita otro medicamento en la escuela o durante una actividad después de la escuela, usted debe proveer el medicamento y debe rellenar el formulario de MCPS para dar Permiso de Administrar Medicamentos (“MCPS Medication Permission Form”) se puede conseguir en la escuela o en la red @ mcps.org debajo de la tecla SCHOOL HEALTH) con firma del padre y/o médico como se describe en la póliza de medicación de MCPS. Por favor, proporcione a la enfermera medicamentos **con al menos 3 días de anticipación**.

*****Por favor sepa que usted es responsable de notificar a la enfermera escolar Y al patrocinador del programa extracurricular de cualquier cambio en la condición médica de su hijo.*****

Considerado Declaración de Consentimiento/Privacidad:

Como proveedor de cuidado de la salud, estamos obligados por la Sección 32.1-45.1 del Código de Virginia, modificado, de darle el siguiente aviso:

- Si uno de nuestros profesionales de la salud, trabajadores o empleados son directamente expuestos a sangre o fluidos corporales de su hijo de una manera que puede transmitir una enfermedad, se pondrá a prueba la sangre de su hijo para el virus de la inmunodeficiencia humana, virus de la hepatitis B o C. Un médico o otro proveedor de atención médica le dirá usted y a la persona expuesta el resultado de la prueba.
- Si su hijo es expuesto directamente a los sangre o fluidos corporales de uno de nuestros profesionales de la salud, trabajadores o empleados de una manera que puede transmitir la enfermedad, se pondrá a prueba la sangre de esa persona a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, virus de la hepatitis B o C. Un médico u otro proveedor de atención médica le dirá a usted y a esa persona el resultado de la prueba.

Al firmar este formulario, autorizo la divulgación de información médica de mi hijo por el sistema escolar para el personal autorizado de la escuela en beneficio de la salud, la seguridad y el progreso educativo de mi hijo y para el médico(s) nombrado en este formulario, el técnico de emergencia, y / o el hospital involucrado en la atención de emergencia de mi hijo. He leído el consentimiento presunto para el VIH y / o hepatitis B o C en este formulario y lo entiendo.

Firma de Padre /Tutor: _____ **Fecha:** _____

*** Si usted tiene alguna pregunta sobre este formulario o comentarios acerca de la información que marcó en este formulario, por favor, póngase en contacto con la enfermera escolar de su hijo. ***