



Distrito escolar Riverview Servicios de salud

Actualización anual de las afecciones de salud del alumno

Lea esta información en español en el reverso

Complete este formulario y envíelo de regreso a la escuela donde concurre su hijo/a inmediatamente.

Nombre del alumno: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ M ___ F ___
Escuela _____ Grado: _____ Maestro/a: _____
Padre/madre/tutor: _____
Teléfono particular: () _____ Teléfono alternativo: () _____
Correo electrónico del padre/madre/tutor: _____
(Las enfermeras pueden utilizar el correo electrónico para obtener actualizaciones sobre la información del plan de atención de los alumnos)

***ALERTA A LOS PADRES:** si su hijo sufre de alguna afección con riesgo de muerte (alergia severa, asma, diabetes, convulsiones) que requieran la administración de medicamentos de emergencia, la Ley del Estado de Washington SHB2834 requiere que haya en el establecimiento una orden para administrar medicamentos o tratamiento y un Plan de atención de enfermería antes del primer día de clase de su hijo/a cada año. Comuníquese con la Enfermera de la escuela a la que concurre su hijo inmediatamente, uselmank@riverview.wednet.edu or 425.844.4596.

A fin de brindar un entorno seguro y saludable para su hijo, las siguientes personas tendrán acceso a esta información: director, enfermera, maestros/as de su hijo/a, secretarías, asistente de la sala de enfermería y personal médico de emergencia.

Afecciones de salud actuales: Mi hijo **NO** presenta afecciones médicas en este momento _____
Inicial/fecha

Marque de las siguientes opciones las que pueden afectar a su hijo/a en la escuela. Incluya todas las afecciones necesarias para la planificación educativa y las necesidades potenciales de atención de emergencia. Suministre mayores detalles en las siguientes líneas.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Déficit de atención (ADD)/Déficit de atención e hiperactividad (ADHD) | <input type="checkbox"/> Problemas auditivos |
| <input type="checkbox"/> Alergia severa* | <input type="checkbox"/> Problemas cardiacos |
| <input type="checkbox"/> Asma* | <input type="checkbox"/> Restricciones físicas (que limitan la actividad) |
| <input type="checkbox"/> Problemas de conducta | <input type="checkbox"/> Convulsiones* |
| <input type="checkbox"/> Afecciones de vejiga/intestino | <input type="checkbox"/> Problemas visuales |
| <input type="checkbox"/> Diabetes* | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Medicamento: ¿Recibe medicamentos **en su hogar**? ___ Sí ___ No
Nombre del medicamento: 1. _____ para tratar 1. _____
2. _____ para tratar 2. _____

¿Es necesario administrar medicamentos **en la escuela**? ___ Sí ___ No
Nombre del medicamento: 1. _____ para tratar 1. _____
2. _____ para tratar 2. _____

****Antes de poder administrar o llevar el medicamento a la escuela, un Proveedor de atención médica matriculado debe completar el **Formulario de Autorización Medicamentos** que se encuentra disponible en el sitio Web o en la oficina de la escuela y el mismo debe ser firmado por el padre/madre/tutor.**

En caso de heridas, enfermedad grave u otra emergencia en la escuela el Distrito hará todos los intentos posibles para comunicarse con los padres del alumno o con las personas designadas. En caso de que los padres, los tutores o el medico del niño/de la niña no puedan encontrarse, el administrador del establecimiento o la persona que éste designe tomará la decisión respecto de la acción más adecuada para el bienestar del alumno./de la alumna.

Firma del padre/madre: _____ Fecha: _____
Si su hijo/a necesita seguro de salud u odontológico, comuníquese con la enfermera de la escuela.