

Formulario de información sobre enfermedades crónicas

Nombre del alumno _____ Fecha de nacimiento _____ Año escolar ____
 Maestro/a/Aula _____ Escuela _____

Este formulario debe completarse anualmente. El padre o tutor es responsable de mantener informada a la escuela sobre cualquier cambio en estado de salud de su hijo/a. La información se compartirá con el personal escolar adecuado para el mejor cuidado de su hijo/a.

___ **Mi niño/a no tiene ninguna enfermedad.**

Enumere las enfermedades que tenga su hijo AHORA	Enumere todos los medicamentos que toma su hijo/a AHORA (hogar y escuela)	Enumere cualquier medicamento que deba administrarse en la escuela. Se necesita un formulario de autorización de medicamentos.
ADD ___ ADHD _____		
A2 ___ ALERGÍA –INSECTOS		___ Epipen
A4 ___ ALERGÍA –MEDICAMENTOS Nombre el medicamento		___ Epipen
A5 ___ ALERGÍA –LÁTEX		___ Epipen
A7 ___ ALERGÍA –ALIMENTOS Enumere los alimentos. Órdenes médicas necesarias para la dieta especial.		___ Epipen
A9 ___ ALERGÍA –OTRO Especifique la alergia		___ Epipen
AS ___ ASMA ¿Con qué frecuencia ocurren episodios?		___ Inhalador en la escuela ___ Inhalador en el hogar ___ Nebulizador en el hogar ___ Nebulizador en la escuela
CA ___ CÁNCER		
CP ___ PARÁLISIS CEREBRAL		
CYF ___ FIBROSIS QUIÍSTICA		
DB ___ DIABETES Hipoglucemia o hiperglucemia		___ dieta ___ medicamento oral ___ insulina ___ bomba ___ conteo de carbohidratos
EA ___ Problemas auditivos(describa)		___ Audífono (izquierdo/derecho/ambos) ___ Sistema de FM
EP ___ EPILEPSIA/ CONVULSIONES Enumere factores desencadenantes conocidos		Última convulsión _____
GA ___ Gastrointestinal ___ Reflujo ___ IBS ___ Enfermedad de Crohn		
HD ___ ENFERMEDAD CARDÍACA HM ___ SOPLO CARDÍACO		
HE ___ HEMOFILIA		
HP ___ HIPERTENSIÓN		
KD ___ ENFERMEDAD RENAL		
MD ___ DISTROFIA MUSCULAR		
MG ___ MIGRAÑAS		
NO ___ SANGRADO NASAL Ocasional _____ Frecuente _____ Afección médica _____		

PC ___ ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS (Enumere)		
SC ___ ANEMIA FALCIFORME ___ Solo rasgo		¿Última crisis? ___
VP ___ PROBLEMAS DE VISIÓN Describe ___		___ Gafas ___ Lentes de contacto ___ Con discapacidad visual ___ Invidente
Cualquier afección médica no especificado anteriormente, indíquela.		

¿Se tomará algún medicamento en la escuela para cualquiera de las enfermedades mencionadas anteriormente? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, el Dr. _____ N.º de teléfono del Dr. _____

******Los medicamentos no puede administrarse en la escuela hasta que se complete un formulario de autorización.**

¿Su hijo utiliza un equipo de adaptación? Silla de ruedas _____ Andador _____ Aparatos ortopédicos _____ Otro _____ (Especifique) _____

*******El personal de la enfermería se pondrá en contacto con usted para establecer una conferencia de atención para ciertas condiciones mencionadas anteriormente.**

Por favor, escriba claramente las personas que se deben llamar en caso de emergencia

1.º _____ Tel.(H) _____ Celular _____

2.º _____ Tel.(H) _____ Celular _____

Fecha _____

Firma del padre o tutor _____

FORMULARIO DE PCDSB:

#8330-F3

Revisado en abril de 2014