

Uncompahgre Board of Cooperative Services

Inventario de Salud de Estudiante

Año: 2018/19

Grado _____

Escuela: Distrito Escolar de Telluride

Para poder proporcionar servicios de salud escolar, por favor complete el formulario siguiente y devuélvalo a la oficina de la enfermera/o escolar. Por favor llame a la enfermera/o de su escuela, si tiene preguntas o preocupaciones.

| | | | | | |
|--|----------|----------------------------------|--|-------------------------|-----------|
| Nombre del _____ | | Fecha de _____ | | (Marque uno) | |
| Estudiante (apellido) | (nombre) | (segundo) | Nacimiento | M | Masculino |
| | | | | F | Femenino |
| ¿Tiene seguro de salud el estudiante? | Sí | No | Medicaid | Sí | No |
| Si esta cubierto su niño por Medicaid, nosotros tenemos su permiso para facturar para servicios de salud? | Sí | No | ID# _____ | | |
| | | | CHIP _____ | | |
| ¿Si su hijo/a no tuviera seguro medico, daría permiso a la enfermera de la escuela para que comparta esta informacion con la consejera de inscripciones de Medicaid/CHIP+? | | | | Sí | No |
| Nombre de padre o guardián _____ | | Número de teléfono del día _____ | | | |
| Nombre del doctor _____ | | | Fecha de ultimo examinación física _____ | | |
| Nombre del dentista _____ | | | Fecha de ultimo examen _____ | | |
| ¿Esta de bajo del cuidado de un ortodontista? | | Sí | No | Nombre del doctor _____ | |

¿Tiene el estudiante cualquier de lo siguiente?

| | | | | | |
|-----------------------------|----|----|--|-------|----|
| Alergias | Sí | No | ¿A drogas, comida, insectos, polen? Lista _____ | | |
| | | | ¿La alergia le ha causado alguna emergencia en el pasado? | Sí | No |
| | | | ¿Si sí, fue prescribió Epinephrine? | Sí | No |
| | | | ¿Si sí, puede al estudiante administra la inyección asimismo? | Sí | No |
| | | | Comentarios _____ | | |
| Alergia a picadura de abeja | Sí | No | Describa las reacciones _____ | | |
| | | | ¿Dificultad respiratoria? | Sí | No |
| | | | ¿Necesita medicina de emergencia? | Sí | No |
| Asma | Sí | No | ¿Provocado por? _____ Medicina o tratamiento _____ | | |
| | | | ¿Diagnosticado por doctor? _____ Fecha _____ | | |
| | | | Cual fue la fecha del ultimo ataque _____ | | |
| | | | ¿El estudiante necesita que le den la medicina en la escuela? Sí No | | |
| | | | Grados 7-12 pueden llevar su inhalador luego de llenar el formulario y entregarlo a la enfermera. Se recomienda tener uno de repuesto e la enfermería de la escuela. | | |
| La Diabetes | Sí | No | ¿Necesita insulina? | Sí | No |
| | | | Fecha de diagnóstico | _____ | |
| | | | ¿Toma la medicina en la escuela? | Sí | No |
| | | | ¿Sabe el estudiante como usar su medicina? | Sí | No |
| Epilepsia/ Convulsión | Sí | No | Describa la convulsión _____ | | |
| | | | Fecha de ultima convulsión: _____ medicamento: _____ | | |
| | | | ¿El estudiante esta bajo cuidados de un doctor por convulsiones? | Sí | No |
| | | | ¿El estudiante necesita que se le de la medicina en la escuela? | Sí | No |
| La Tuberculosis | Sí | No | ¿Diagnosticado por doctor? _____ Fecha _____ | | |
| Problemas de Habla | Sí | No | Describa, por favor _____ | | |
| Condiciones de Corazón | Sí | No | Describa, por favor _____ | | |
| | | | Lista de restricciones del Corazón: _____ | | |

Problemas de Huesos/Artritis o problemas Sí No Describa, por favor _____
lista de restricciones _____

Varicela Sí No Fecha de contagio: _____

Nota, por favor, todos los problemas de salud que pertenece al estudiante:

Ojos:
__ anteojos __ lente de contacto
__ anteojos para leer
__ anteojos para ver lejos
__ dificultades a ver
__ el ojo perezoso
__ preocupaciones _____

Orejas:
__ la sordera
__ infecciones frecuentemente
__ los tubos
__ dificultades de oír, explica

Audiófonos:
__ la derecha
__ la izquierda
__ llevar en la escuela
__ otro _____
__ preocupaciones _____

Otro:
__ la menstruación
__ un desorden de sangre
__ la presión de la sangre
__ hemorragia nasal frecuentemente
__ comiendo
__ durmiendo
__ la vejiga

__ requiere cateterización
__ los pulmones
__ neurológico
__ dolor de cabeza
__ los intestinos
__ requiere pañales
__ las fobias

__ ADD/ ADHD
__ herida de cabeza
__ dental
__ enuresis nocturna
__ piel
__ otro _____
__ otro _____

Medicinas:

¿Toma medicina diaria? Sí No ¿A escuela? Sí No ¿Solo para emergencia? Sí No
en la casa el estudiante?

El nombre de la medicina y la razón para tomarlo:

Si el estudiante necesita medicina en la escuela, por favor obtener las formas apropiadas en la oficina escolar.

Lista enfermedades o heridas serias _____

Lista operaciones _____ Condiciones que previene _____
participación en la educación física.

Si el estudiante no puede participar en la clase de educación física, por favor presente el orden del doctor a la oficina escolar.

Marque los servicios que el estudiante recibe ahora:

__ Habla/ Lenguaje __ Servicios ocupacional/ física (OT/PT) __ Consejero __ Dieta especial
__ Necesita cuidado de salud especial, explica por favor:

Nos da usted permiso de poner la información de vacunas de su hijo/a en el sistema de información de vacunación de Colorado – CIIS? (marque uno) Si o No

Otros preocupaciones de salud:

Firma de padre o guardián

Fecha