

## INFORMACIÓN DE SALUD CONFIDENCIAL

En caso de emergencia, el personal escolar llamará al 911.

Se harán todos los intentos posibles para comunicarse con uno de los padres, el tutor o un contacto de emergencia designado.

### INFORMACIÓN DEL ALUMNO

Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:	Fecha de nacimiento:	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Grado
Nombre de la escuela:					
¿El alumno tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Asistencia médica <input type="checkbox"/> Sin seguro			¿El alumno tiene seguro odontológico? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		

### INQUIETUDES DE SALUD ACTUALES

Marque las inquietudes de salud que puedan afectar el día educativo del alumno. Esta información se puede compartir con el personal de Frederick County Public Schools (FCPS), según corresponda.

El alumno no tiene ninguna inquietud médica

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> TDA/TDAH  | <input type="checkbox"/> cáncer   |
| <input type="checkbox"/> alergias (marque todas las que correspondan)  | <input type="checkbox"/> diabetes   |
| <input type="checkbox"/> alimentos _____   | <input type="checkbox"/> problemas de audición <input type="checkbox"/> audífonos |
| <input type="checkbox"/> picadura de abeja/insectos _____  | <input type="checkbox"/> problemas cardíacos _____                                |
| <input type="checkbox"/> medicamentos _____  | <input type="checkbox"/> diagnóstico de salud mental _____                        |
| <input type="checkbox"/> plaguicidas/sustancias químicas* _____  | <input type="checkbox"/> discapacidad física _____                                |
| <input type="checkbox"/> otro _____  | <input type="checkbox"/> convulsiones   |
| <input type="checkbox"/> asma: ¿el alumno ha tenido un episodio de asma en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> problemas en la vista _____                              |
| <input type="checkbox"/> trastorno sanguíneo _____   | <input type="checkbox"/> anteojos <input type="checkbox"/> lentes de contacto     |
|  | <input type="checkbox"/> otro _____   |

Esta información es un cambio en la afección médica desde el último año escolar

\*FCPS usa programas integrados de control de plagas para identificar y controlar los problemas de plagas en las escuelas. Las escuelas **primarias** deben notificar al personal y a los padres/tutores de todos los alumnos 24 horas antes de que se apliquen los plaguicidas dentro del edificio escolar o en el terreno. Las **escuelas medias y secundarias** deben notificar solo a los padres, los tutores o el personal, en caso de que hayan presentado una solicitud por escrito de notificación; los formularios se encuentran disponibles en cada escuela y deben actualizarse todos los años escolares. Consulte el Manual del calendario de FCPS para obtener detalles o comuníquese con la escuela de su hijo.

### MEDICAMENTOS

Mencione todos los medicamentos y las dosis que recibe su hijo de forma rutinaria

No se requieren medicamentos en la escuela

Si el alumno requiere tratamientos o medicamentos de venta con o sin receta en la escuela, el proveedor de atención médica y uno de los padres **deben** completar y enviar los formularios de autorización correspondientes. Puede obtener los formularios a través del personal médico de la escuela de su hijo o en <http://www.fcps.org/> (haga clic en Forms [Formularios]).

Medicamentos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por medio del presente, doy mi autorización y consentimiento a la escuela, en caso de que no me puedan contactar, para obtener atención médica de emergencia y el transporte de emergencia necesario hasta un centro de atención médica. Comprendo y autorizo que los registros médicos u otra información médica de mi hijo que se hayan proporcionado a la escuela se compartan con el personal de FCPS/Departamento de Salud del condado de Frederick y el personal de emergencia con un propósito médico/educativo legítimo para acceder a dichos registros médicos e información.

Nombre de uno de los padres/tutor (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_ N.º de teléfono del contacto primario \_\_\_\_\_

**Firma** de uno de los padres/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_