

**ESCUELAS PÚBLICAS DE LAKEVILLE ISD 194
INVENTARIO DE LA SALUDEL ESTUDIANTE**

Nombre del Estudiante-apellido, nombre, inicial Sexo Fecha de Nacimiento Escuela Grado

Esta información es necesaria para mantener a su niño (a) saludable y seguro en la escuela. Si su niño (a) tiene una condición delicada de salud, es la responsabilidad del padre/guardián notificarlo a la enfermera escolar antes del comienzo escolar para poder desarrollar un plan de cuidado apropiado.

HA SIDO SU NIÑO (A) DIAGNOSTICADO POR UN PROVEEDOR DE CUIDADO DE SALUD CON LICENCIA. PROVEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN: CIRCULE Y/O MARQUE "SI" O "NO", Y LUEGO EXPLIQUE TODOS LAS CONTESTACIONES "SI"

¿TIENE SU NIÑO (A)?	SI	NO	EXPLICACION
ADD/ ADHD medicina / dosis			
Alergias: medicinas, comidas, insectos, látex			
Artritis o dolor en las articulaciones			
Asma, suave, moderada, severa, medicina			
Autismo			
Defectos de nacimientos			
Enfermedad renal			
Desorden de sangramiento: tipo			
Trama cerebral/inconsciencia			
Cancer: tipo/ remision			
Parálisis cerebral: identifique tipo/extremidad			
Fibrosis cística			
Depreción: medicamento/asesoramiento			
Retraso en el desarrollo mental			
Diabetes: edad diagnosticada			
Restricciones en la dieta			
Sindrome de down			
Problemas de audición o de oídos			
Problemas de peso: bajo/ sobrepeso			
Problemas psicologicos o emocionales			
Problemas de visión o de los ojos			
Problemas del corazón: restricciones			
Problemas Intestinales/ preocupaciones			
Enfermedad de riñon			
Migrañas o dolores de cabeza severos			
Prematuro (a): semanas			
Ataques: tipos, medicinas, último ataque			
Problemas de la Piel			
Problemas del habla/comunicación			
Espina Bífida			

Nombre del Estudiante _____

HA TENIDO SU NIÑO (A)

ESPECIFIQUE TIPO Y DÍA

- ¿Heridas serias? SI NO _____
- ¿Enfermedades serias? SI NO _____
- ¿Cirugías? (Operaciones) SI NO _____
- ¿Tratamiento Químico de salud? SI NO _____
- ¿Tratamiento Mental de Salud? SI NO _____
- ¿Tiene su niño (a) alguna otra enfermedad específica, discapacidad o condición limitada?
Explique: _____

TIENE SU NIÑO (A)	SI	NO	EXPLIQUE O CIRCULE
Usa espejuelos			Distancia Lectura
Usa lentes de contacto			Distancia Lectura
Parche en el ojo			Ojo Izquierdo Ojo Derecho
Usa audifono para escuchar			Oido Izquierdo Oido Derecho
Requiere procedimiento médico o adaptación de equipo en el hogar/escuela			
Tiene limitaciones medicas o físicas			
Tiene condicione que previene la participación en Educación Física			
Recibe terapia o tratamiento			
Usa pañales			
Tiene condiciones que requiere tratamiento de emergencia en la escuela/medicinas			

¿Ha tomado su niño (a) medicamentos por un periodo largo de tiempo? SI NO
Si es SI, por favor explique _____

¿Toma su niño (a) actualmente algún medicamento? SI NO Si es Si, por favor complete

Medicamento	Dosis	Hora(s)	Razón	Efectos Secundarios	Prescrito por Médico

ISD 194 requiere una autorización por escrito por el padre y proveedor médico autorizado antes que el medicamento recetado o medicina sin receta, pueda traerse a la escuela.

- ¿Tiene usted alguna preocupación acerca de la salud física, comportamiento o situación emocional de su niño (a)? _____
- ¿Le gustaría discutir la situación de salud física, comportamiento o situación emocional de su niño (a) con el personal de la escuela? Por favor circule: Enfermera Escolar Certificada, Profesor, Principal.

Yo entiendo que esta información proveída será compartida de manera confidencial con los miembros del personal apropiado, para así poder proveer la ayuda necesaria para mi estudiante. Mantendré informado al personal de cualquier cambio en el estado de salud o en la información de contacto. La información proveída en esta forma es cierta y correcta.

Firma del Padre/Guardián _____ día _____

Firma de la LSN: _____ día _____