



Coordinated Student Health Services

Revisión del Estado de Salud

Año escolar 20__- 20__

¿HA COMPLETADO LA HOJA ANUAL DE CONTACTOS DE EMERGENCIA DEL ESTUDIANTE? Sí No

Apellido del estudiante: _____
 Fecha de nacimiento: _____

Nombre del estudiante: _____
 Grado: _____

Los problemas de salud se definen como aquellas afecciones que duran 1 año o más y requieren atención médica continua, limitan las actividades de la vida diaria, o ambas.

ATENCIÓN DE ESTUDIANTES /CAPACITACIÓN

- El Plan Individual de Atención Médica (IHP) es un plan de acción para el manejo de las necesidades reales y potenciales de salud durante el día escolar, en excursiones escolares y durante las actividades patrocinadas por la escuela.
 - Un IHP puede ser elaborado para estudiantes con *problema de salud verificado* que requiere medicación, o un procedimiento, durante el día escolar.
- El Plan de Atención de Emergencia (ECP) es un conjunto de instrucciones paso a paso sobre qué hacer en caso de emergencia.
 - Se puede elaborar un ECP para estudiantes con riesgo potencial de emergencia (es decir, anafilaxia, convulsiones, diabetes, asma).
- Según lo permitido por la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA), la información sobre el problema de salud en un ECP se compartirá con el personal escolar correspondiente.
- Todas las afecciones deben tener un diagnóstico documentado del proveedor salvo cuando se trata de TDA/TAH (ADD/ADHD, en inglés), alergias que no ponen en riesgo la vida, problemas de salud mental/conductual y "otros".

Estado de Salud

SOLO marque las condiciones de salud actuales. *El asterisco indica problemas de salud que **requieren** documentación escrita de diagnóstico de un proveedor de atención médica.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> TDA/TAH (ADD/ADHD Déficit de Atención / Hiperactividad)
<input type="checkbox"/> Alergias – sin riesgo para la vida (no grave)
<input type="checkbox"/> Alergias – con riesgo para la vida (grave)*
<input type="checkbox"/> Asma*
<input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico*
<input type="checkbox"/> Cáncer*
<input type="checkbox"/> Afecciones cardíacas*
<input type="checkbox"/> Fibrosis quística* | <input type="checkbox"/> Diabetes – Tipo 1*
<input type="checkbox"/> Diabetes – Tipo 2*
<input type="checkbox"/> Epilepsia / trastornos convulsivos*
<input type="checkbox"/> Trastornos renales*
<input type="checkbox"/> Lupus*
<input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes*
<input type="checkbox"/> No hay un problema de salud actualmente
<input type="checkbox"/> Otro _____

_____ |
|--|---|

Evaluación de las necesidades de medicación:

¿Se considera medicamente necesario que su hijo(a) reciba medicación durante el día escolar?

Sí No

Si respondió que **sí**, debe presentar el formulario de Autorización de Medicamentos/Tratamiento que haya sido llenado por un proveedor de atención médica para la administración de medicamentos (www.browardschools.com/healthforms).

¿Está el/la estudiante tomando medicamentos que se deben administrar durante una actividad escolar fuera del plantel o patrocinada por la escuela (incluyendo viajes durante la noche) que ocurren fuera del horario escolar tradicional?

Sí No

Según el Estatuto 1002.20 de la Florida y la Norma 6305 de la Junta Escolar, se permite al estudiante llevar consigo inhaladores dosificadores (MDI), epinefrina autoinyectable, suministros y medicamentos para diabéticos, y/o suplementos de enzimas pancreáticas con un formulario de autorización para medicamentos/tratamiento que haya sido llenado por un proveedor de atención médica que indique que el estudiante está capacitado y es independiente.

Fecha de diagnóstico: _____

Signos y síntomas (si los hay): __ Desencadenantes/alérgenos (si los hay): _____

¿Alguna hospitalización reciente relacionada con el diagnóstico? Sí No Fecha: _____

¿Alguna cirugía reciente relacionada con el diagnóstico? Sí No Fecha: _____

¿Alguna restricción de actividad en la escuela? Sí No

Información adicional (*incluir efectos secundarios conocidos y específicos del estudiante a la medicación*):

Por favor proporcione la mejor información de contacto, incluyendo nombre y número, para que el personal de la escuela pueda comunicarse y consultar sobre el problema de salud de su hijo(a).

Nombre del padre/tutor: _____

Mejor número de teléfono de contacto: _____

Firma del padre/tutor: _____

Parentesco con el/la estudiante: _____

*****CLINIC USE ONLY*****

PARENT / HEALTHCARE STAFF COMMUNICATION:

Date/Time: _____ Medication Authorization Form Emergency Contact Card Unable to reach parent/guardian Letter sent home

Date/Time: _____ Medication Authorization Form Emergency Contact Card Unable to reach parent/guardian Letter sent home

Date/Time: _____ Medication Authorization Form Emergency Contact Card Unable to reach parent/guardian Letter sent home

Date/Time: _____ No verified health condition [Remove from School Application] Referral (Admin, Social Work, Food & Nutrition, etc.)

The signature below serves as an annual health record review:

RN Name: _____

RN Signature: _____

Date: _____

Student needs IHP only

Student needs IHP and ECP

No plan required at this time