

West Lyon Health Registration

Los padres y apoderados deben completar las páginas 1-3.

Nombre de niño/a: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de escuela: _____ Grado: _____ Género: _____

Cuando el niño esté enfermo o lesionado, indique a qué padre / tutor debe notificar la escuela.

<u>Madre o apoderada fem.</u> Apellido:	Primer nombre:	Relación con el estudiante:	Lugar/ciudad donde trabaja:	Móvil: Correo electrónico:
<u>Padre o apoderado mas.</u> Apellido:	Primer nombre:	Relación con el estudiante:	Lugar/ciudad donde trabaja:	Móvil: Correo electrónico:

Información de emergencia: Anote a dos personas de su localidad (distintas de usted) generalmente ubicales durante la jornada escolar que hayan accedido a cuidar y transportar a su hijo en caso de enfermedad o lesiones cuando no podamos comunicarnos con usted. Primero intentamos comunicarnos con los padres.

Nombre:	Relación con el estudiante:	Dirección:	Teléfono durante el día:
Nombre:	Relación con el estudiante:	Dirección:	Teléfono durante el día:

¿Tiene su hijo aseguranza medica? _____ sí _____ no
En caso afirmativo, ¿qué compañía? _____

Nombre del médico del niño:	Dirección del médico del niño:
Número de teléfono del médico del niño:	¿A qué hospital va su hijo?:
Nombre del dentista del niño:	Dirección del dentista del niño:
Número de teléfono del dentista del niño:	¿A qué consultorio dental va su hijo?:

Preocupaciones de salud: indique si el niño tiene antecedentes de las siguientes condiciones. Marque la información adicional según sea necesario. Cualquier otro formulario marcado con un * se puede encontrar en el sitio web de la escuela.

<p>¿El niño tiene asma o una enfermedad restrictiva de las vías respiratorias? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no</p> <p>¿Qué causa el asma? (encierra en un círculo tu respuesta) ejercicio resfriados / alergias animales humo tiempo comida polvo / aire Otro: _____</p> <p>¿Se usará un inhalador en la escuela? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no *Si es así, complete el Asthma Action Plan.</p> <p>¿Llevará el estudiante su propio inhalador? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no *Si es así, complete el Authorization to Carry/Self-Administer.</p>	<p>¿Tiene el niño diabetes? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no</p> <p>¿Que tipo? (encierra en un círculo tu respuesta) Tipo 1 Tipo 2</p> <p>¿El niño usa insulina? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no *Si es así, complete el Diabetic Medical Management Plan</p> <p>¿Tiene el estudiante glucagón? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no</p> <p>¿Dónde está el kit de emergencia? (encierra en un círculo tu respuesta) en la escuela en la oficina en su mochila</p>
<p>¿Tiene el niño convulsiones o un trastorno convulsivo? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no *Si es así, complete el Seizure Action Plan</p> <p>¿Tiene el estudiante medicación de rescate? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no</p> <p>¿Dónde está la medicación? (encierra en un círculo tu respuesta) en la escuela en la oficina en su mochila</p>	<p>¿El niño tiene alergias? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no</p> <p>¿Está el niño en riesgo de sufrir anafilaxia en la escuela? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no *Si es así, complete el Allergy and Anaphylaxis Emergency Plan</p> <p>¿Necesitará el niño un alojamiento para el almuerzo? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no *Si es así, complete el Diet Modification Form</p> <p>¿Tiene el niño un EpiPen? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no en la escuela en la oficina en su mochila</p> <p>Encierre en un círculo las alergias del niño. miseria otras nueces huevos leche pescado / mariscos haba de soja gluten picaduras de insectos alergias estacionales</p> <p>Otro: _____</p> <p>Medicamentos: _____</p>
<p>¿Tiene el niño una afección cardíaca, soplo cardíaco, enfermedad cardíaca o cirugía cardíaca? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no</p>	<p>¿Tiene el niño alguna restricción de actividad? Esta debería ser una restricción continua. Deberá proporcionar una nota del médico para una explicación. <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no</p>

<p>¿Tiene el niño un trastorno por déficit de atención? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no</p> <p>¿Tiene el niño un trastorno por déficit de atención con hiperactividad? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no</p> <p>¿Tiene el niño un diagnóstico emocional o conductual? (Ansiedad o depresión) <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no</p> <p>¿Su hijo necesita medicamentos para estos problemas de salud? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no</p> <p>En caso afirmativo, indíquelo en la sección de medicamentos a continuación.</p>	<p>¿Tiene el niño dolores de cabeza o migrañas? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no</p> <p>¿Tiene el niño problemas con los intestinos o la vejiga? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no</p> <p>¿Usa el niño equipo de asistencia? (anteojos, lentes de contacto, audífonos, silla de ruedas) <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no</p> <p>¿Tiene el niño antecedentes de conmociones cerebrales o lesiones en la cabeza? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

¿Tiene el niño otras condiciones médicas que podrían afectar la educación del niño? Por favor explique.

Medicamentos: enumere TODOS los medicamentos que toma regularmente en casa o en la escuela.

¿Toma su hijo medicinas regularmente? Sí No

Si sí:

Tipo: _____

¿Cuándo se da? (Tiempos) _____

Dosificación: _____

¿La medicación se debe administrar en la escuela? _____

¿Para qué es la medicación? _____

____ **Doy permiso** a la escuela para administrar medicamentos de venta libre (como aspirina, ibuprofeno, ungüento antibiótico o pastillas para la tos) a mi hijo si hay suministros disponibles. La medicación solo se administrará de acuerdo con las instrucciones de la etiqueta.

____ **No doy mi permiso** a la escuela para administrar ningún medicamento que la escuela tenga disponible.

Entiendo que cualquier medicamento enviado desde casa para ser tomado en la escuela debe enviarse en el envase original etiquetado. Los padres también deben completar un Formulario de autorización de medicamentos en la escuela. Entiendo que los estudiantes no pueden llevar consigo ningún medicamento. Doy permiso a la escuela para que se comuniquen con el dentista o médico de mi hijo para confirmar las citas y autorizar los medicamentos según sea necesario. Si ocurriera una emergencia, acepto asumir la responsabilidad financiera total por la atención médica de mi hijo. Entiendo que es mi responsabilidad actualizar la información anterior según sea necesario. Entiendo que esta información es confidencial, pero se puede compartir con el personal escolar apropiado cuando sea necesario para la seguridad o educación del niño.

Firma del padre/madre/apoderado: _____ **Fecha:** _____