



CONFIDENTIAL STUDENT HEALTH FORM

Apellido: _____ **Nombre:** _____ **ISN:** _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Genero**
 M F

CURRENT HEALTH CONDITIONS

Please check the following health conditions which have been **DIAGNOSED by a doctor** (or other health care provider) **The student does not have any health concerns.**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias (no severas) | <input type="checkbox"/> Allergies Severas* (epinephrine needed): _____ |
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Emocional/Conducta |
| <input type="checkbox"/> Asma* | <input type="checkbox"/> Corazon/Sangre |
| <input type="checkbox"/> Vejiga/Riñón | <input type="checkbox"/> Musculo/Huesos/Coyuntura |
| <input type="checkbox"/> Diabetes* | <input type="checkbox"/> Lesión Craneal/Concusión |
| <input type="checkbox"/> Audición | <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo*(activo) |
| <input type="checkbox"/> Necesidades dietéticas especiales | <input type="checkbox"/> Estomago/Intestino |
| | <input type="checkbox"/> Problemas de baño |
| | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
- * Por favor consulte con la enfermera de la escuela

Por favor describa las condiciones que ha marcado arriba (utilice el otro lado, si es necesario): _____

MEDICAMENTOS ACTUALES

Anote **TODOS** los medicamentos incluyendo el nombre del medicamento, dosis y horario.
 (utilice el otro lado, si es necesario)

El estudiante no toma ningún medicamento.

Medicamento: _____ Dosis: _____ Horario: _____ Necesitara en la escuela: SI NO

Medicamento: _____ Dosis: _____ Horario: _____ Necesitara en la escuela: SI NO

OTRA INFORMACION DE SALUD

¿Anterior o actual IEP o 504? Si es así, describa brevemente: _____

¿Restricción de actividad y/o equipo médico especial necesarios en la escuela? (Por ejemplo, oxígeno, silla de ruedas, catéter): _____

Lesiones	Fecha	Cirugías	Fecha	Hospitalizaciones	Fecha

Seguro de Salud de Portabilidad y Responsabilidad de 1996 (HIPAA, por sus siglas en ingles) y la Educación de la Familia y Derecho a la Privacidad (FERPA, por sus siglas en inglés): Autorizo el intercambio de información sobre la salud de mi hijo identificado en este formulario para proveer servicios escolares apropiados. Yo entiendo que soy responsable de proveer a la escuela con medicamento(s), suministros para el tratamiento y/o equipo que se requiere durante el día escolar y estoy de acuerdo en completar todas las solicitudes de planes de salud y de notificar a la enfermera de la escuela de cambios de salud o cambios de medicamentos. Esta autorización es efectiva inmediatamente hasta que sea revocada por escrito por el padre/tutor.

Acuerdo de Acceso de la Enfermera Escolar WylR (por sus siglas en inglés) (www.health.wyo.gov): para asegurarse de que el Departamento de Salud de Wyoming se esté alineando con la Regla General de HIPAA (por sus siglas en Ingles), las enfermeras escolares de Wyoming deben obtener el acuerdo de padre/tutor antes de acceder al registro de vacunación de un estudiante dentro del Registro de Inmunización de Wyoming (WylR). Una enfermera de la escuela no tendrá acceso al registro del estudiante en el WylR sin el acuerdo del padre/tutor. Por lo tanto, al firmar este formulario, le doy permiso a la enfermera escolar que representa al **Distrito Escolar del Condado de Campbell** para acceder al registro de vacunación de este estudiante en el WylR.

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR (POR FAVOR IMPRIME): _____

FIRMA DEL PADRE/TUTOR: _____ **FECHA:** _____

CONDICION DE SALUD ACTUAL CONTINUADO (SI ES NECESARIO)

MEDICAMENTOS ACTUALES (SI ES NECESARIO)

Medicamento _____ Dosis: _____ Horario: _____ Necesitara en la escuela: SI NO

Medicamento: _____ Dosis: _____ Horario: _____ Necesitara en la escuela: SI NO

Medicamento: _____ Dosis: _____ Horario: _____ Necesitara en la escuela: SI NO

Medicamento _____ Dosis: _____ Horario: _____ Necesitara en la escuela: SI NO

Medicamento: _____ Dosis: _____ Horario: _____ Necesitara en la escuela: SI NO

Medicamento: _____ Dosis: _____ Horario: _____ Necesitara en la escuela: SI NO

Medicamento: _____ Dosis: _____ Horario: _____ Necesitara en la escuela: SI NO

OTRA INFORMACION DE SALUD (SI ES NECESARIO)

FIRMA DE PADRE/TUTOR: _____ FECHA: _____