

## INFORMACIÓN DE SALUD

Llene este formulario todos los años para informarnos sobre los problemas de salud existentes y nuevos que tenga su hijo/a que pudieran afectar su día lectivo

Es necesario llenar este formulario para que la enfermera de salud pública (PHN) tenga conocimiento de la salud de su hijo/a y así poder planificar para las necesidades médicas que puedan afectar su día lectivo. La información solo se comparte con el personal escolar requerido, según sea necesario. La información de este formulario está protegida por la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA) como parte del expediente educacional del alumno y está guardada en un lugar seguro en la enfermería. Las Escuelas Públicas del Condado de Fairfax (FCPS) y el Departamento de Salud del Condado de Fairfax (FCHD) también utilizan datos de salud agregados, sin identificar a las personas, para completar los informes de salud pública requeridos por el Departamento de Educación de Virginia y para supervisar las necesidades sanitarias de la comunidad escolar. Para notificar algún cambio en la salud de su hijo/a durante el año escolar o si tiene preguntas sobre este formulario, hable con la enfermera de salud pública por medio de la enfermería de la escuela.

### Sección A: Datos personales:

Nombre del estudiante: Apellido		Nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento
Año escolar	Nombre de la escuela	Grado	Profesor/orientador	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> No binario
Nombre del padre, madre o tutor legal		Teléfono de la casa	Teléfono celular	Teléfono del trabajo
Nombre del padre, madre o tutor legal		Teléfono de la casa	Teléfono celular	Teléfono del trabajo

### Sección B: Problemas de salud graves o que ponen en riesgo la vida:

Problema	Marque si es Sí	Comentarios
<b>Alergias graves/Anafilaxis</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Comida: _____ <input type="checkbox"/> Picadura de insecto: _____ <input type="checkbox"/> Látex ¿Epinefrina recetada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Recibió inyección de epinefrina antes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es sí, fecha de la inyección: _____
<b>Asma</b>	<input type="checkbox"/>	Activadores: <input type="checkbox"/> Ejercicio <input type="checkbox"/> Medioambiente <input type="checkbox"/> Infecc. vías resp. superiores <input type="checkbox"/> Otro: _____ ¿Inhalador recetado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tratam. recetado con nebulizador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Número de visitas a la sala de emergencias (ER) en el último año: _____
<b>Diabetes</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2 Fecha diagnóstico: _____ Medicamento de emergencia: _____ Monitoreo de glucosa: <input type="checkbox"/> Glucómetro <input type="checkbox"/> CGM Administración insulina: <input type="checkbox"/> Jeringa <input type="checkbox"/> Pen <input type="checkbox"/> Bomba
<b>Convulsiones</b>	<input type="checkbox"/>	Tipo de convulsión: _____ Fecha última convulsión: _____ ¿Medicamento de emergencia en la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿VNS implantado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

### Sección C: Problemas físicos de salud actuales:

Problema	Marque si es Sí	Comentarios (brindar detalles)
Estatura y peso	<input type="checkbox"/>	Estatura: ___ pies ___ pulgadas Peso: ___ libras
Alergias (no letales)	<input type="checkbox"/>	
Trastornos sanguíneos	<input type="checkbox"/>	
Cáncer	<input type="checkbox"/>	Actualmente inmunodeficiente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fibrosis quística	<input type="checkbox"/>	
Problema de salud dental/oral	<input type="checkbox"/>	
Problemas de oído/nariz/garganta	<input type="checkbox"/>	Favor de especificar:
Trastorno endocrino (que no sea diabetes)	<input type="checkbox"/>	
Intolerancia a alimentos	<input type="checkbox"/>	Comidas: _____ Malestar digestivo/gastrointestinal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Preferencia de alimentación/dietética	<input type="checkbox"/>	
Gastrointestinal/estomacal/intestinal	<input type="checkbox"/>	
Problemas de la audición	<input type="checkbox"/>	
Corazón/cardiovascular	<input type="checkbox"/>	
Trastornos renales/tracto urinario	<input type="checkbox"/>	
Dolor de cabeza/migrañas	<input type="checkbox"/>	
Enfermedad pulmonar (no asma)	<input type="checkbox"/>	
Impedimento motriz	<input type="checkbox"/>	

## INFORMACIÓN DE SALUD

Llene este formulario todos los años para informarnos sobre los problemas de salud existentes y nuevos que tenga su hijo/a que pudieran afectar su día lectivo

Apellido \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento \_\_\_\_\_

### Sección D: Problemas actuales de salud, continuación:

Problema	Marque si es Sí	Comentarios (incluir detalles)
Muscular/óseo/articulaciones/artritis	<input type="checkbox"/>	Please specify:
Neurológico (que no sea convulsiones)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lesión cerebral/conmoción cerebral/fecha de diagnóstico: _____ <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral <input type="checkbox"/> Otro:
Problemas de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Eczema <input type="checkbox"/> Otro:
Problemas de la vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Contactos/anteojos <input type="checkbox"/> No tiene corrección <input type="checkbox"/> Otro:
Otros problemas de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Síndrome de Down <input type="checkbox"/> Otro:

### Problemas de salud emocional/mental:

ADD/ADHD	<input type="checkbox"/>	Diagnóstico médico	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	En tratamiento	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Ansiedad	<input type="checkbox"/>	Diagnóstico médico	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	En tratamiento	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Depresión	<input type="checkbox"/>	Diagnóstico médico	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	En tratamiento	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Trastorno de la alimentación	<input type="checkbox"/>	Diagnóstico médico	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	En tratamiento	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Otro:	<input type="checkbox"/>	Diagnóstico médico	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	En tratamiento	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

### Sección E: Procedimientos médicos:

El Departamento de Salud del Condado de Fairfax brinda orientación sobre los recursos médicos comunitarios que ofrecen exámenes físicos gratuitos. Visite <https://www.fairfaxcounty.gov/health/clinics>.

Si su hijo/a tiene un problema médico, ¿necesita algún procedimiento médico o algún equipo especial durante el día lectivo?

Sí     No    Si contestó Sí, descríballo: \_\_\_\_\_

### Sección F: Anote todos los medicamentos y las dosis que su hijo/a recibe regularmente e indique cuáles deben tomarse en la escuela:

**Los padres o el tutor legal son responsables de proporcionar a la escuela cualquier medicamento, comida especial o equipo que el estudiante pueda necesitar durante el día lectivo. Los formularios de Medicamentos, Autorización de procedimientos y Educación física (PE) pueden encontrarse en <https://www.fcps.edu/registration/forms> o en la enfermería de la escuela.**

Consentimiento de los padres: Autorizo que los proveedores de atención médica de mi hijo/a conversen sobre la información incluida en este formulario con el personal de FCPS y la enfermera de salud pública escolar.     Sí     No

\_\_\_\_\_  
Nombre del proveedor de atención médica

\_\_\_\_\_  
Teléfono del proveedor de atención médica

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/madre tutor legal (en imprenta o a máquina)

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

### *Public Health Nurse Use Only Below This Line - Solo para uso de la enfermera de salud pública abajo de esta línea*

- HIF Reviewed             Follow Protocol (SH Care Emerg.-Temp. Care Guidelines)             Health Condition List  
 Mental Health Condition List             Action Plan/Health Plan or Procedure

Notes: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Public Health Nurse Name

\_\_\_\_\_  
Public Health Nurse Signature

\_\_\_\_\_  
Date