



# Actualización Anual De la Salud Del Estudiante

Cada año el Distrito pide a los padres actualizar los expedientes de salud para asegurar que el personal de servicios de salud está proporcionando los servicios apropiados. La información suministrada a continuación puede ser compartida con personal implicado con la educación del estudiante. Regrese esta forma junto con los demás documentos de inscripción. Si usted tiene cualquier pregunta, favor de llamar a la Coordinadora de Enfermeras del Distrito 952-496-5070

Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Género:  Masculino  Femenino Escuela: \_\_\_\_\_

Por favor lea cuidadosamente. Marque apropiadamente la casillas SI o NO de la derecho para responder a las preguntas e incluya cualquier otra información requerida.		SI	NO
1	¿Tiene su hijo algún diagnóstico médico ? De ser así, ¿qué diagnóstico? _____		
2	¿Ha recibido su hijo alguna vacuna durante el último año ? Tipo de vacuna _____ Fecha en que la recibió _____ Nombre de la Clínica _____ (o adjunte copia del expediente de vacunas)		
3	¿Ha estado su hijo seriamente enfermo u hospitalizado durante el año escolar pasado ? De ser así, mencione la enfermedad o la razón de la hospitalización (sea específico) _____ ¿Está bajo cuidado médico? DE ser así, ¿cuál es el nombre del medico? _____		
4	¿Hay algún servicio médico que se necesite en la escuela ? De ser así, mencione los servicios necesarios: _____		
5	¿Su hijo padece de alergias ? De ser así, ¿A qué es alérgico? _____ ¿Qué tipo de reacción le provoca? _____ ¿Qué medicamento utiliza? _____ ¿Cuáles son las restricciones necesarias en la escuela? _____ <b>NOTA</b> - Si su hijo tiene alergias a alimentos, comuníquese con la oficina de Shakopee Food Service office al(952) 496-5140. <b>Si la alergia es SEVERA, por favor llene la forma Plan De Acción de Alergias</b> disponible en la oficina de salud de su escuela o en el sitio web del distrito. Envíe medicamento de emergencia a la escuela de su hijo. Si su hijo está en escuela primaria, ¿desea usted que se siente en la mesa Libre de Alergias de la cafetería?		
6	¿Tiene su hijo restricciones/necesidades dietéticas ? De ser así, por favor explique _____ Además, comuníquese con la oficina de Shakopee Food Service al (952)496-5140		
7	¿Tiene su hijo asma? De ser así, indique el medicamento _____ ¿Dónde debe mantenerse el medicamento? <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Con él/ella <input type="checkbox"/> Oficina de salud escolar <b>NOTA</b> - Por favor llene la <b>forma de Plan de Acción de Asma</b> disponible en la oficina de salud de su escuela o en el sitio web del distrito. Envíe medicamento de emergencia a la escuela de su hijo..		
8	¿Toma su hijo algún medicamento con regularidad? De ser así, ¿cuál es el nombre del medicamento? _____ ¿Por qué toma dicho medicamento? _____ ¿Hay necesidad de que el medicamento sea administrado en la escuela ? De ser así, debe <b>llenar la forma "Administración de Medicamentos en la Escuela"</b> disponible en la oficina de salud de su escuela o en el sitio web del distrito.		
9	¿Ha tenido su hijo problemas de la vista? De ser así, por favor explique _____ ¿Su hijo utiliza lentes o lentes de contacto?		
10	¿Ha tenido su hijo problemas del oído? De ser así, por favor explique _____		
11	¿Tiene su hijo alguna restricción en actividad física? De ser así, por favor explique _____		

**NOTA** - Si desea reunirse con la enfermera escolar para hablar sobre las preocupaciones de salud, o para hacerle preguntas, por favor llame a la oficina de salud de la escuela de su hijo.

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_

Firma del Padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_