

**Formulario de alerta de enfermera**

La información en este formulario se diligenciará para cada nuevo año lectivo. Por favor devuelva este formulario tan pronto como sea posible. Para brindar un ambiente seguro y saludable a su hijo (a), esta información será revisada por la enfermera de la escuela y se compartirá con el personal.

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Apellido                      Nombre                      Segundo Nombre  
 Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Maestro: \_\_\_\_\_

**Condiciones Médicas Graves (Marque la casilla 1 o 2 a continuación)**

Si su hijo (a) tiene una condición de salud grave, es vital que usted hable de esto con la enfermera de su escuela **inmediatamente**. La ley del Estado de Washington (RCW 28A.210.320) requiere que los medicamentos, las órdenes de tratamiento y un plan de salud individual estén vigentes antes de iniciar clases. Comuníquese con la enfermera de su escuela a través de la oficina de la escuela para desarrollar un plan de salud para su hijo (a).

**1. Mi hijo (a) no tiene ningún problema de salud que lo afecte en la escuela.**  
 Si usted marca esta casilla, no se requiere más información. Por favor firme y ponga la fecha en la parte inferior de este formulario y entréguelo a la escuela.

**2. Mi hijo (a) tiene la siguiente condición grave de salud – marque las casillas a continuación:**

- Asma**  
 ¿Requiere inhalador?  Sí  No
- Diagnóstico Cardíaco:** \_\_\_\_\_  
 Restricciones: \_\_\_\_\_
- Diabetes** (Fecha de diagnóstico: \_\_\_\_\_)  
 Bomba de insulina  Independiente  
 Inyector de insulina  Dependiente  
 Jeringa de insulina
- Alergia que pone en riesgo la vida:**  
**Requiere de un inyector de EpiPen o Auvi-Q?**  Sí  No  
 Alergénos: \_\_\_\_\_
- Trastorno convulsivo:** Tipo- \_\_\_\_\_  
 Medicamentos: \_\_\_\_\_
- Otras condiciones médicas:** \_\_\_\_\_

**Medicamentos (prescripción, suplementos, de venta libre)**

Todos los medicamentos en la escuela requieren un **formulario de Autorización para la administración de medicamentos** disponible en [www.lwsd.org](http://www.lwsd.org) o en la oficina de la escuela.

Medicamentos en la escuela: \_\_\_\_\_ Medicamentos a tomar en la casa: \_\_\_\_\_

**Preparación de Emergencia para Condiciones Médicas/Alimenticias**

Solicitamos que los padres/tutores de estudiantes con condiciones médicas/alimenticias graves proporcionen medicamentos y/o alimentos apropiados para mantener en la escuela en caso de que haya una emergencia que los obligue a permanecer en la escuela. Se solicita un suministro de tres días.

**Información de Contacto de Emergencia**

Nombre de padre/tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono principal: \_\_\_\_\_  
 Email: \_\_\_\_\_ Teléfono secundario: \_\_\_\_\_  
 Proveedor de Atención Médica: \_\_\_\_\_ Número teléfono: \_\_\_\_\_

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