

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE SALUD ESCOLAR DE ZUMBROTA—MAZEPPA

PARTE 1 Para completar por el padre o tutor. Se alienta a los padres o tutores a participar en el desarrollo de un Plan de Atención Médica Individual, si es necesario.
Parent or guardian to complete. Parent or guardian is encouraged to participate in the development of an individual Health Care Plan, if needed.

| | | |
|--|--|--|
| Nombre del estudiante (student name): Apellido (last) Primer Nombre (first name) Segundo Nombre (second name) | Sexo (sex) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Fecha de Nacimiento (Date of birth) |
|--|--|--|

| | | |
|------------------|---------------|--|
| Escuela (school) | Grado (grade) | Nombre del Padre de familia/Tutor (Parent/Guardian Name) |
|------------------|---------------|--|

| | | |
|-------------------------|--|--------------------------------------|
| Teléfono de casa (last) | Tel. Celular de la madre (mother cell) | Tel. Celular del padre (father cell) |
|-------------------------|--|--------------------------------------|

Mi hijo tiene una condición medica que puede afectar su día en la escuela No Si (Por favor complete la parte 2)
(My child has a medical condition that may affect his or her school day) (No) (Yes, Please complete part 2)

| | |
|--|---|
| Nombre del Padre de familia/Tutor (a mano o a máquina) <small>(Parent or Guardian Name)</small> | Dirección de correo electrónico <small>(Email Address)</small> |
| Firma del Padre de familia/Tutor <small>(Parent or Guardian Signature)</small> | Fecha <small>(Date)</small> |

PARTE 2 Complete TODAS las casillas que correspondan a su hijo. El padre/tutor es responsable de proporcionar a la escuela con cualquier medicamento, comida especial o equipo que el estudiante requiera durante el día escolar. Consulte con la oficina de la escuela para obtener los formularios de medicamentos correctos. Si se indica un plan de atención médica escolar individual, el padre/tutor es responsable de proporcionar a la enfermera de la escuela la información y los formularios médicos necesarios. Consulte el enlace para ubicar la enfermera escolar y los formularios de su edificio: <http://www.zmschools.us/departments/welcome-health-services>

PARTE 2 Complete ALL boxes that apply to your child. Parent/guardian is responsible for providing the school with any medication special food or equipment that the student will require during the school day, check with the school office to obtain correct medication forms. If an individual school care medical plan is indicated parent/guardian is responsible for providing the school nurse with necessary medical information and forms. Please see link to locate your building's school nurse and forms: <http://www.zmschools.us/departments/welcome-health-services>

ALERGIAS (Allergies)

Tipo de alergias (Type of allergies)

Alimentos. Lista de alimentos: _____
(Food) (List food)

Abejas/Picadura de Insectos.
(Bee/ Insect Sting)

Otros (Lista): _____
(Otros)

Reacciones Tipo Leve Severo Fecha de la última reacción severa: _____
(Reactions) (Type) (Mild) (Severe) (Date of last severe reaction)

Describe los síntomas de la reacción alérgica de su hijo: _____
(Describe your child's allergic reaction symptoms)

- ¿Su hijo requiere designación de aula y notificar al maestro designado sobre algún tipo de alergias (por ejemplo: cacahuates, nueces, productos lácteos o mariscos, etc.) Si No
(Does your child require classroom i.e. peanut, nut, dairy or sea food "free" etc.)
- ¿Su hijo necesita sentarse en un lugar específico libre de alergias en la cafetería? Si No
(Does your child need to sit at specified allergy free area in the cafeteria)
- ¿Su hijo tomará el autobús escolar? Si No
(Will your child be riding the bus to school?)

Medicamentos y tratamientos prescritos actualmente:
(Currently prescribed Medications and Treatments)

Antihistamínico oral (Benadryl, etc.) Epinefrina Otro _____
(Oral Antihistamin Benadryl, etc.) (Epinephrine) (Other)

(Ser requiere un formulario de autorización para la administración de todos los medicamentos en la escuela. Ver página siguiente) (A medication authorization form is required for all medications at school. See next page)

INTOLERANCIA ALIMENTARIA (FOOD INTOLERANCE)

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Debido a problemas gastrointestinales (digestivos) <small>(Due gastrointestinal digestive distress)</small> | Enumere los alimentos: (List foods) _____ |
| <input type="checkbox"/> Debido a preferencias religiosas <small>(Due to religious preferences)</small> | Enumere los alimentos: (List foods) _____ |

| | |
|--|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | ASMA (ASTHMA) |
| Desencadenantes (Triggers) <input type="checkbox"/> Ejercicio (Exercise) <input type="checkbox"/> Ambiental (Environmental) <input type="checkbox"/> Otro (lista) (Other) (list) _____ | |
| Síntomas (symptoms) <input type="checkbox"/> Opresión, malestar o dolor en el pecho. (Chest tightness, discomfort or pain) <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar (Difficulty breathing) <input type="checkbox"/> Picazón, opresión o dolor de garganta. (Throat itch, tightness or soreness) <input type="checkbox"/> Tos (Coughing) <input type="checkbox"/> Ronquera (Hoarseness) <input type="checkbox"/> Sibilancias (Wheezing) <input type="checkbox"/> Otros (Others) _____ Fecha de última hospitalización por asma (Date of last hospitalization for Asthma) _____ | |
| Medicamentos y tratamientos prescritos actualmente: (Currently prescribed medications and treatments) <input type="checkbox"/> Inhaladores (Inhalers) <input type="checkbox"/> Antihistamínico oral (Oral antihistamine) <input type="checkbox"/> Nebulizador de esteroides orales (Oral steroids Nebulizer) <input type="checkbox"/> Broncodilatador oral (Oral Bronchodilator) <input type="checkbox"/> Control de flujo máximo (Peak Flow monitoring) | |
| ¿Su hijo requerirá medicamentos en la escuela? (Will your child require medication at school?) <input type="radio"/> Si (Yes) <input type="radio"/> No (No) | |

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE SALUD ESCOLAR DE ZUMBROTA—MAZEPPA
(Zumbrota-Mazeppa School Health Information Form)

| | |
|---|--|
| (Se requiere un formulario de Autorización para la administración de todos los medicamentos en la escuela. Ver página siguiente) (A medication Authorization form is required for all medications at school. See next page) | |
| <input type="checkbox"/> | DIABETES (Contactar a la enfermera escolar para hablar sobre un plan de salud individualizado) (DIABETES. Contact school nurse to discuss individualized Health Plan) |
| Medicamentos y tratamientos actualmente prescritos (Currently prescribed medications and treatments) <input type="checkbox"/> Insulina (Insulin) <input type="checkbox"/> jeringa (Syringe) <input type="checkbox"/> pluma (pen) <input type="checkbox"/> bomba (pump) <input type="checkbox"/> Examen de la azúcar (Blood sugar testing) <input type="checkbox"/> Recuento de carbohidratos (Carbohydrate counting) <input type="checkbox"/> Glucagón (Glucagon) <input type="checkbox"/> Medicación oral (Oral medication) Lista de medicamentos (List Medication) _____ Fecha de la última hospitalización relacionada con Diabetes (Date of last hospitalization related to diabetes) _____ | |
| <input type="checkbox"/> | TRASTORNO CONVULSIVO (Seizure Disorder) |
| Tipo de incautación (Type of Seizure) <input type="checkbox"/> Ausencia (mirando fijamente, sin responder) (Absence, staring, unresponsive) <input type="checkbox"/> Focal compleja (Complex partial) <input type="checkbox"/> Tono-clónico generalizado (gran mal, convulsivas) (Generalized tonic-clonic, grand mal, convulsive) Otro(explique) (Other explain): _____ Fecha de la última convulsión (Date of last seizure) _____ Duración de la incautación (Length of seizure) _____ Restricciones de educación física (Physical Education Restrictions) <input type="radio"/> Si (Yes) <input type="radio"/> No (No) Medicamentos recetados actualmente: (Currently prescribed medications) _____ Medicamentos necesarios EN LA ESCUELA, (Medication needed in school) <input type="radio"/> Si (Yes) <input type="radio"/> No (No) Lista de medicamento(s) (List medications) _____ (Un formulario de autorización es requerido para cualquier medicina en la escuela. Ver a continuación) (A medication authorization form is required for all medicines at school. See below) | |
| <input type="checkbox"/> | OTRAS CONDICIONES DE SALUD (OTHER HEALTH CONDITIONS) |
| <input type="checkbox"/> TDAH/TDA (ADHD/ADD) <input type="checkbox"/> Artritis (Arthritis) <input type="checkbox"/> Problemas para ir al baño (Bathroom issues) <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico (ser específico) (Bleeding disorder – be specific) _____ <input type="checkbox"/> Preocupaciones emocionales (Emotional concerns) <input type="checkbox"/> Condiciones del Corazón (ser específico) (Heart condition-be specific) _____ <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones (Kidney disease) <input type="checkbox"/> Discapacidad Física (ser específico) (Physical disability – be specific) _____ Otro explique (Other explain) _____ Requiere procedimientos especiales (p. ej. Caterización, monitor cardiaco, etc.) EN LA ESCUELA (Special procedures e.g. catheterization, cardiac monitor, etc. required IN SCHOOL) <input type="radio"/> Si (Yes) <input type="radio"/> No (No) (explique) (Explain) _____ | |
| <input type="checkbox"/> | MEDICAMENTOS NECESARIOS EN LA ESCUELA (MEDICATION NEEDED IN SCHOOL) <input type="radio"/> Si (Yes) <input type="radio"/> No (No) |
| Lista de medicamento (s) (List medication) _____ Es necesario que el médico de su hijo complete un formulario de autorización de medicamentos para todos los medicamentos (recetados y de venta libre) que indique el medicamento, dosis, y la hora en que se debe de | |

administrar el medicamento. Consulte el enlace de los servicios de salud en el sitio web del distrito escolar para ver la política y los formularios. <http://www.zmschool.us/departamentos/welcome-health-services>

A medication Authorization form must be completed by your child's physician for all medication (prescription and over-the-counter indicating the medication, dosage, and time the medicine is to be given. See the "Health Services" link on the district website for policy and forms. <http://www.zmschool.us/departamentos/welcome-health-services>

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> CONDICIONES DE VISIÓN (VISION CONDITIONS) | <input type="checkbox"/> CONDICIONES DE AUDICIÓN (HEARING CONDITIONS) |
| <input type="checkbox"/> Contactos (Contacts) <input type="checkbox"/> lentes (Glasses) <input type="checkbox"/> No corregible (Non-correctable) | <input type="checkbox"/> Prótesis auditivas (Hearing aid) <input type="checkbox"/> No corregible (Non-correctable) |
| <input type="checkbox"/> Otros (Others) | <input type="checkbox"/> Otros (Others) |

RESTRICCIONES FÍSICAS (Physical Restrictions)

¿La condición física de su hijo lo restringe de participar en educación física? Si No
(Does your child's health conditions restrict participation in physical education?) (Yes) (No)

Si es así, por favor explique el tipo de restricciones _____
(If yes, please explain restrictions)

¿Tomará su hijo el autobús a la escuela? Si (Yes) No (No)

¿Usted desea tener una plática con la enfermera escolar? Si No
(Do you wish to have a conference with the school nurse?) (Yes) (No)

¿Usted desea tener una plática con el consejero escolar? Si No
(Do you wish to have a conference with the counselor) (Yes) (No)

Parte 3 Para llenar por la enfermera escolar si el padre de familia o tutor indican alguna condición médica.

PART 3 School nurse to complete if parent or guardian indicates medical conditions.

| | |
|--|--|
| Condición médica anotada (Health condition noted) | Plan individual del cuidado de la salud o procedimiento necesario (Individual health care plan or procedure needed) |
| _____ | _____ |
| ZM Enfermera Escolar (ZM School nurse) | Fecha (Date) |
| _____ | _____ |
| Notas (Notes) | _____ |
| _____ | _____ |

DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETO A LA OFICINA DE LA ESCUELA
Return completed form to school office