

Distrito Escolar de Gervais #1

CUESTIONARIO DE SALUD

NOMBRE del ESTUDIANTE ↓	APELLIDO del ESTUDIANTE ↓
FECHA de NACIMIENTO del ESTUDIANTE:	GÉNERO: <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> MASCULINO
GRADO:	
NOMBRE del PADRE / TUTOR ↓	TELÉFONO CASA:
	TELÉFONO CELULAR:

SI NO HAY PROBLEMAS DE SALUD PARA INFORMAR, DETÉNGASE AQUÍ, FIRME CON FECHA DEBAJO

EVALUACIÓN de los PADRES / TUTORES de la SALUD del ESTUDIANTE

(Marque las áreas apropiadas y ofrezca una explicación cuando sea necesario)

¿ALERGIA A? (por favor lista de alérgenos más abajo)	Describir la reacción que el estudiante experimenta cuando él o ella entra en contacto con alérgenos	¿Es la reacción mortal?	¿ASMA? (enumere las cosas que desencadenan el asma)	OTROS problemas de salud (lista todas las preocupaciones de salud pertinente) * por favor indique cualquier restricciones/peticiones de dieta que no está relacionado con las alergias bajo otro en la parte inferior de esta columna*
¿Animales? Lista el animal (es)		Sí / No	¿Animales? Lista el animal (es)	Neurológicas: incluyendo cualquier problema de visión, dolores de cabeza, convulsiones, TBI...
¿Comida? Lista el alimento(s)		Sí / No	Ejercicio u otras actividades físicas	Sistema endocrino: diabetes, tiroides, desequilibrio hormonal...
¿Insectos? Lista el insecto (s)		Sí / No	Cambios climáticos (humedad, frío extremo o calor)	Salud mental: ADHD, ADD la depresión ansiedad...
¿Medicamentos? Lista el medicamento(s)		Sí / No	Infecciones respiratorias superiores o demás resfriados comunes	Gastrointestinal: tragar, encopresis, GERD...
¿Medio ambiente? (lista de alérgenos, es decir, fragancias, polen látex...)		Sí / No	¿Medio ambiente? (lista de alérgenos, es decir, fragancias, polen látex...)	Sistema urinario: Incontinencia, problemas de riñón, infección urinaria frecuente...
Otros (por especifica los detalles)		Sí / No	Otros (por especifica los detalles)	Otros: (es decir, oral, musculo esquelético, nutrición)

Medicamentos: **¿El estudiante tiene algún medicamento que se dará durante el horario escolar?** Sí No

* Habrá algunas formas que el padre o tutor tendrá que rellenar para poder mantener el medicamento en la escuela.

Para cualquier condición de salud mencionado anterior, por favor complete y firmar la **Autorización para usar y/o Revelar Información de Educación y Medica Protegida en la parte posterior de este cuestionario.**

Firma de Padre / Tutor

Fecha

*Si tiene cualquier pregunta o duda, póngase en contacto con la enfermera del Distrito Escolar de Gervais al **503-792-3803 ext. 5076**

Autorización para usar y/o Revelar Información de Educación y Médica Protegida

1. Autorizo a los siguientes proveedores a usar y/o revelar información de educación y/o médica protegida sobre mi hijo.

(Nombre del estudiante/niño)

(Fecha de nacimiento)

(Otros nombres usados por el estudiante/niño)

(Nombre de la escuela o del programa)

Nombre y dirección del proveedor de la salud autorizado a:

Nombre y dirección de la escuela/programa EI/ECSE autorizado a:

Enviar/revelar información médica protegida

Enviar/revelar información de educación

Recibir/utilizar información de educación

Recibir/utilizar información médica protegida

Gervais School District #1

290 First St. / PO Box 100 Gervais, OR 97026

2. Entiendo que esta información se utilizará para los siguientes propósitos (marque todo lo que corresponda):

Determinar la elegibilidad para servicios de Educación Especial,
EI/ECSE u otros servicios

Crear un Programa de Educación Individualizado
o Plan Individualizado de Servicios a Familias adecuados

Determinar los niveles actuales de desempeño del estudiante/niño

Otro (especifique): Hablar asuntos de salud en la escuela

Crear un plan de salud individualizado

3. Al marcar las casillas siguientes, autorizo el uso/la revelación de los siguientes registros médicos y/o de educación específicos:

Declaración de elegibilidad del médico

Información de educación

Evaluaciones psicológicas

Declaración de evaluación médica

Documento IFSP/IEP

Informes de trabajo social

Antecedentes y examen físico

Historias clínicas

Otro: Información medica/salud necesita ser
comunicada con la escuela

Registro médico completo

Enfermedad(es) transmisible(s)

Información prenatal

Notas de evolución

4. Al poner mis iniciales en los espacios siguientes, autorizo el uso/la revelación de la siguiente información. Los registros específicos que se solicitan se deben listar a continuación, por ejemplo, evaluación, plan de tratamiento, plan de alta.

___ Diagnóstico de drogas/alcohol, tratamiento o información de referencia solicitada: _____

___ Registros solicitados relacionados con VIH/SIDA: _____

___ Información sobre salud mental solicitada: _____

___ Información solicitada de pruebas genéticas: _____

5. Entiendo que:

- a. Esta autorización es voluntaria y que puedo rehusarme a firmarla sin que eso afecte la atención médica de mi hijo.
- b. Tengo el derecho de solicitar una copia de este formulario después de firmarlo, así como de revisar o copiar cualquier información a utilizarse o revelarse bajo esta autorización (si lo permiten las leyes del estado y las leyes federales. Consulte 45 CFR § 164.524).
- c. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito a Gervais School District. Sin embargo, esto no afectará ninguna medida tomada antes de que la revocación fuese recibida ni ninguna medida tomada en base a información compartida previamente.
- d. Las reglas federales de privacidad para la información médica protegida sólo se aplican a planes de salud, centros de intercambio de información de atención médica o proveedores de salud. Si autorizo la revelación de información médica a otras agencias o individuos, dicha información puede dejar de estar protegida por las regulaciones federales de privacidad.
- e. Las reglas federales de privacidad para información de educación sólo se aplican a escuelas y programas EI/ECSE. Si autorizo la revelación de información de educación a otras agencias o individuos, dicha información puede dejar de estar protegida por las regulaciones federales de privacidad.

6. Consiento a que se utilice/revele la información anteriormente mencionada. Entiendo que está prohibido el uso de esta información para cualquier otro motivo que los expresados en la declaración anterior. Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento, excepto en la medida que se haya procedido en base a información ya revelada.

(Firma del padre / tutor legal)

(Fecha)

(Relación)

Esta autorización vence en ___/___/___ (Mes/Día/Año) (no deberá exceder un año a partir de la fecha de la firma anterior).