

DISTRITO ESCOLAR DE GERVAIS #1
CUESTIONARIO de SALUD para la ENFERMERA ESCOLAR

Nombre del Estudiante:	Escuela:
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):	Grado:
Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> No Binario (X)	
Nombre del Padre/Tutor:	
Teléfono de Casa:	Teléfono Celular:

EVALUACION DEL PADRE/TUTOR de la SALUD del ESTUDIANTE
(Marque las áreas apropiadas y ofrezca una explicación cuando sea necesario)

¿Su hijo tiene alguna alergia conocida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Lista de alérgenos y reacciones _____	¿La reacción es potencialmente mortal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--

¿Su hijo tiene alergia a los alimentos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Lista de alergias alimentarias: _____	¿La reacción es potencialmente mortal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--

¿Su hijo tiene asma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Lista de medicamentos: _____ Activadores de lista: _____	¿Su hijo está tomando medicamentos para el asma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	--

¿Su hijo tiene convulsiones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Lista de medicamentos: _____	¿Su hijo toma medicamentos para las convulsiones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

¿Su hijo tiene una afección de salud mental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enumere las condiciones y los medicamentos: _____	¿Toma medicamentos para esto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---

¿Su hijo tiene Diabetes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso que sí, indique los medicamentos: _____	¿Su hijo está tomando(s) medicamentos para manejar la Diabetes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---

¿Ha tenido su hijo alguna hospitalización, cirugías, accidentes o enfermedades graves en el último año o en cualquier momento? Sí No
En caso que sí, por favor elaboren _____

¿Hay alguna enfermedad o enfermedad crónica que debo tener en cuenta que pueda limitar las actividades de su hijo?
 Sí No
En caso que sí, por favor elaboren: _____

¿Su hijo tiene otros problemas médicos o de salud que debo tener en cuenta? Sí No
(es decir, restricciones de la dieta, neurológicas, gastrointestinales, urinarias y/o cualquier otra)
En caso que sí, por favor especifique _____

MEDICAMENTOS: ¿El estudiante tiene medicamentos que administrar durante el horario escolar? Sí No

Cualquier medicamento que deba administrarse durante el horario escolar requiere el permiso por escrito de un médico, así como el permiso por escrito de un padre/tutor. El medicamento debe ser llevado a la escuela (por un adulto) en el envase original debidamente etiquetado por la farmacia o el médico. **Por favor, enumere los medicamentos:** _____

Para cualquier condición de salud enumerada anteriormente, por favor complete y firme el;
“Autorización para usar y/o Revelar Información de Educación y Medica Protegida” en el reverso de este cuestionario.

X	
Firma del padre/tutor	Fecha (mm/dd/aaaa)

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 mm/dd/aaaa)

(Otros nombres usados por el estudiante/niño)

(Nombre de la escuela o del programa)

Nombre y dirección del proveedor de la salud autorizado a:

- Enviar/revelar información médica protegida
 Recibir/utilizar información de educación

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

- Enviar/revelar información de educación
 Recibir/utilizar información médica protegida

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
 Determinar los niveles actuales de desempeño del estudiante/niño
 Crear un plan de salud individualizado
 Crear un Programa de Educación Individualizado o Plan Individualizado de Servicios a Familias adecuados
 Otro (especifique): Hablar asuntos de salud en la escuela

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
 Declaración de evaluación médica
 Antecedentes y examen físico
 Registro médico completo
 Información prenatal
 Información de educación
 Documento IFSP/IEP
 Historias clínicas
 Enfermedad(es) transmisible(s)
 Notas de evolución
 Evaluaciones psicológicas
 Informes de trabajo social
 Otro: Información medica/salud necesita ser comunicada con la escuela

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 _____. 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 el ___/___/___ (Mes/Día/Año) (no deberá exceder un año a partir de la fecha de la firma anterior).