

Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles

Formulario de Historial Personal de Salud para Paseos Escolares

Este formulario debe ser completado por el padre, madre o tutor de los estudiantes participantes en el paseo escolar.

A. INFORMACIÓN ESTUDIANTIL																	
Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:	Género:	Grado:														
Maestro:	Destino del paseo escolar:																
B. INFORMACIÓN DEL PADRE, MADRE, TUTOR O CUIDADOR																	
Nombre del padre, madre o tutor:	Número de teléfono en casa:	Número de teléfono celular:															
Número de teléfono laboral:	Correo electrónico:																
C. INFORMACIÓN PARA CASOS DE EMERGENCIA (DISTINTA A LA DEL PADRE, MADRE, TUTOR O CUIDADOR)																	
Nombre de persona a contactar en caso de emergencia:	Número de teléfono celular:	Otro número de teléfono:															
Relación:	Correo electrónico:																
D. INFORMACIÓN EDUCATIVA DEL ESTUDIANTE																	
¿Tiene el estudiante un Programa de Educación Individualizada (IEP) en la escuela?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No															
¿Tiene el estudiante un Plan de Sección 504, en curso, en la escuela?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No															
E. ALERGIAS (MARQUE TODAS LAS QUE PROCEDEN)																	
<input type="checkbox"/> Alergia a alimentos (liste y describa la reacción): _____ <input type="checkbox"/> Medicamentos (liste y describa la reacción): _____ <input type="checkbox"/> Mordeduras o picaduras de insectos (liste y describa la reacción): _____ <input type="checkbox"/> De temporada (explique): _____ <input type="checkbox"/> Otras (explique): _____ <input type="checkbox"/> ¿Toma su hijo(a) medicamento para alergias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es positiva, liste los nombres de los medicamentos consumidos o prescritos: _____ _____ <input type="checkbox"/> Ninguna																	
F. INFORMACIÓN DE SALUD DEL ESTUDIANTE																	
¿En la actualidad, el/la estudiante padece de alguna enfermedad? Marque todas las que proceden: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Asma</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Trastorno Muscular u Óseo</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Hemofilia</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Convulsiones</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Estreñimiento</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Usa gafas o lentes de contacto</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Diabetes</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Otras: _____</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Condición Emocional/Psicológica</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Procedimiento especializado de atención física, Si se seleccionó, qué tipo de procedimiento: _____</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Cardiopatía</td> <td style="padding: 5px;">_____</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Trastorno Auditivo</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Ninguno</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Trastorno Muscular u Óseo	<input type="checkbox"/> Hemofilia	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Usa gafas o lentes de contacto	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Otras: _____	<input type="checkbox"/> Condición Emocional/Psicológica	<input type="checkbox"/> Procedimiento especializado de atención física, Si se seleccionó, qué tipo de procedimiento: _____	<input type="checkbox"/> Cardiopatía	_____	<input type="checkbox"/> Trastorno Auditivo	<input type="checkbox"/> Ninguno
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Trastorno Muscular u Óseo																
<input type="checkbox"/> Hemofilia	<input type="checkbox"/> Convulsiones																
<input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Usa gafas o lentes de contacto																
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Otras: _____																
<input type="checkbox"/> Condición Emocional/Psicológica	<input type="checkbox"/> Procedimiento especializado de atención física, Si se seleccionó, qué tipo de procedimiento: _____																
<input type="checkbox"/> Cardiopatía	_____																
<input type="checkbox"/> Trastorno Auditivo	<input type="checkbox"/> Ninguno																

Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles

Formulario de Historial Personal de Salud para Paseos Escolares

Explique los problemas de salud seleccionados con anterioridad: _____

¿Tiene el/la estudiante alguna limitación física? Si la respuesta es positiva, por favor explique: _____

¿Tiene el/la estudiante alguna restricción alimenticia? Si la respuesta es positiva, por favor explique: _____

G. MEDICAMENTOS

¿Durante el paseo escolar, requiere el/la estudiante de medicamento? Si la respuesta es positiva, consulte las opciones 1, 2 y 3 que aparecen a continuación.

Sí ^{1, 2, 3} No

1. Para administrar medicamentos de uso generalizado y rutinario durante un paseo escolar en el cual el/la estudiante pasa la noche fuera de casa, el padre, madre o tutor debe obtener y completar el formulario:
2. ***Request and Prior Authorization for Over-the-Counter Medication to be Taken During Overnight Field Trips***, el cual incluye una sección para la firma de consentimiento del padre, madre o tutor y una requisición escrita para el proveedor de atención médica.
3. Para administrar el medicamento (prescrito y de uso generalizado que no se listó en la sección # 1 del formulario mencionado) durante el paseo escolar, el padre, madre o tutor debe obtener y completar el formulario: ***Request for Medication to be Taken During School Hours***, el cual incluye una sección para la firma de consentimiento del padre, madre o tutor y una requisición escrita para el personal médico.
4. Los formularios debidamente completados: ***Request for Medication to be Taken During School Hours*** y/o ***Request and Prior Authorization for Over-the-Counter Medication to be Taken During Overnight Field Trips*** se deben entregar en la escuela, **por lo menos, 7 días antes de la partida** y con las firmas del padre, madre o tutor y el proveedor de atención médica.

En caso de una emergencia, se llamará al personal de servicios de emergencia del 911 y el/la estudiante será transportado al hospital o clínica más cercanos.

H. INFORMACIÓN DE SALUD ADICIONAL

Por favor proporcione cualquier información de salud adicional relacionada con el/la estudiante.

G. CONSENTIMIENTO DEL PADRE. MADRE, TUTOR O CUIDADOR

Verifico que la información en este documento es verdadera y correcta a mi saber y entender.

 X
Firma _____

Fecha

EL FORMULARIO COMPLETO SE DEBE ENTREGAR A LA ENFERMERA ESCOLAR