



INFORMACIÓN ANUAL SOBRE LA SALUD DEL ESTUDIANTE

CONFIDENCIAL – NO DUPLICAR – ENTREGAR A LA OFICINA DE SALUD

Apellido(s) del Estudiante: _____ Nombre: _____ Inicial _____

Fecha de Nacimiento: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Padre/Tutor: _____ Teléfono: _____

Doctor Principal del Estudiante: _____ Teléfono del Doctor: _____

Información de Salud del Estudiante:

Mi hijo/a NO está siendo tratado por ningún problema médico en este momento

Mi hijo/a tiene las siguientes condiciones médicas::

____ ADD/ADHD ____ Asma ____ Diabetes ____ Convulsiones

____ Alergias: Comidas: _____

Insectos/Piquetes: _____

____ Otro: _____

El Padre/ Tutor es responsable po:

- Notificar a la enfermera de cualquier condición médica la cual pueda requerir de tratamiento medico tal como medicamentos, un plan de salud/emergencia u otras modificaciones relacionadas a la salud, y actualizada conforme se necesario y anualmente.
- Proporcionar todos los medicamentos que el estudiante necesite en la escuela. Los medicamentos deberán ser traídos a la escuela por el padre/tutor en su paquete original del o en el recipiente original de la farmacia con su etiqueta.
- Proporcionar los formularios para cualquier condición médica. Los formularios médicos los puede localizar en at **Rusd.org > Departments > Health Services > Forms**. Los formularios dietéticos los puede localizar en **Rusd.org > Departments > Food Service > Food Allergies & Special Dietary Needs > Spanish Medical Statement**.

En Caso de una Emergencia Médic:

- El estudiante será transportado al departamento de emergencias más cercano.
- Los padres o tutores son responsables por el cuidado médico de emergencia o gastos.

Permiso: Por medio de la presente yo doy mi permiso para

- El tratamiento de primeros auxilios para mi hijo/a.
- La información sobre la salud de mi hijo que se dé al personal del distrito escolar que tenga una necesidad educativa para saberlo. Yo entiendo que se puede dar a conocer los diagnósticos médicos de mi hijo. Yo entiendo que los Derechos Educativos y de Privacidad (FERPA) protegen la confidencialidad de esta información con la protección adicional proporcionada por los Estatutos de Wisconsin 118.25 (2m) (a) (b) y 146.82-146.83.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Entered into IC initials/date: _____

Reviewed by RN Initials/date: _____