

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?		☐ Sí	☐ No
¿Tiene el estudiante un Plan de Sección 504, en curso, en la escuela?		☐ Sí	☐ No
E. ALERGIAS (MARQUE TODAS LAS QUE PROCEDEN)			
☐ Alergia a alimentos (liste y describa la reacción): _____ ☐ Medicamentos (liste y describa la reacción): _____ ☐ Mordeduras o picaduras de insectos (liste y describa la reacción): _____ ☐ De temporada (explique): _____ ☐ Otras (explique): _____ ☐ ¿Toma su hijo(a) medicamento para alergias? ☐ Sí ☐ No ☐ Si la respuesta es positiva, liste los nombres de los medicamentos consumidos o prescritos: _____ ☐ Ninguna			
F. INFORMACIÓN DE SALUD DEL ESTUDIANTE			
¿En la actualidad, el/la estudiante padece de alguna enfermedad? Marque todas las que proceden:			
☐ Asma ☐ Hemofilia ☐ Estreñimiento ☐ Diabetes ☐ Condición Emocional/Psicológica ☐ Cardiopatía ☐ Trastorno Auditivo	☐ Trastorno Muscular u Óseo ☐ Convulsiones ☐ Usa gafas o lentes de contacto ☐ Otras: _____ ☐ Procedimiento especializado de atención física, Si se seleccionó, qué tipo de procedimiento: _____ ☐ 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