

Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles

Formulario de Historial Médico Personal para Excursiones

Este formulario debe ser completado por el padre de familia/tutor legal del estudiante que participará en una excursión y puede ser válido por un año escolar. En el caso de estudiantes con condiciones de salud identificadas, este formulario podría necesitar actualizarse con mayor frecuencia. Es responsabilidad del padre de familia/tutor legal informar a la enfermera escolar sobre cualquier cambio en la condición de salud del estudiante para futuras excursiones durante el año escolar en curso.

A. Información del Estudiante			
Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:	Género:	Grado:
Nombre del maestro:	Nombre de la escuela:		
B. Información del Padre/Tutor Legal:			
Nombre del padre/tutor legal:	Teléfono del hogar:	Teléfono celular:	
Teléfono del trabajo:	Correo electrónico:		
C. Información de Contacto en Caso de Emergencia (distinta a la del Padre/Tutor Legal)			
Nombre del Contacto de Emergencia:	Teléfono celular:	Otro teléfono:	
Parentesco:	Correo electrónico:		
D. Información Educativa del Estudiante			
¿Tiene el estudiante un Programa de Educación Individualizado (IEP) vigente en su escuela?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Tiene el estudiante un plan vigente de la Sección 504 en su escuela?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
E. ¿El estudiante tiene alergias? En caso afirmativo, marque todas las que correspondan:			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Alergia a alimentos (enumere y describa la reacción): _____ _____ _____			
<input type="checkbox"/> Alergia a medicamentos (enumere y describa la reacción): _____ _____ _____			
<input type="checkbox"/> Alergia a mordeduras/picaduras de insectos (enumere y describa la reacción): _____ _____ _____			
<input type="checkbox"/> Alergia estacional (explique): _____ _____ _____			
<input type="checkbox"/> Otras alergias (explique): _____ _____ _____			
<input type="checkbox"/> ¿Su estudiante toma medicamentos para las alergias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, enumere el(los) nombre(s) del(los) medicamento(s) tomado(s)/recetado(s): _____ _____			

Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles

Formulario de Historial Médico Personal para Excursiones

F. ¿Tiene el estudiante una condición de salud actual? En caso afirmativo, por favor marque todas las que correspondan:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Condición emocional/psicológica <input type="checkbox"/> Defecto/enfermedad cardíaca </td> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Trastorno musculoesquelético <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo <input type="checkbox"/> Usa lentes/lentes de contacto <input type="checkbox"/> Otras: _____ <input type="checkbox"/> Procedimiento médico físico especializado (si marca esta opción, indique el tipo de procedimiento) _____ _____ </td> </tr> </table> <p style="margin-top: 10px;">Explique las condiciones de salud marcadas anteriormente:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>❖ ¿Tiene el estudiante alguna limitación física? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No: En caso afirmativo, explique: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>❖ ¿Tiene el estudiante alguna restricción dietética? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No: En caso afirmativo, explique: _____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Condición emocional/psicológica <input type="checkbox"/> Defecto/enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Trastorno musculoesquelético <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo <input type="checkbox"/> Usa lentes/lentes de contacto <input type="checkbox"/> Otras: _____ <input type="checkbox"/> Procedimiento médico físico especializado (si marca esta opción, indique el tipo de procedimiento) _____ _____	
<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Condición emocional/psicológica <input type="checkbox"/> Defecto/enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Trastorno musculoesquelético <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo <input type="checkbox"/> Usa lentes/lentes de contacto <input type="checkbox"/> Otras: _____ <input type="checkbox"/> Procedimiento médico físico especializado (si marca esta opción, indique el tipo de procedimiento) _____ _____		
G. Medicamentos			
¿Necesita el estudiante medicamentos durante la excursión escolar? En caso afirmativo, vea los números #1, 2, 3 a continuación.	<input type="checkbox"/> Sí ^{#1, 2, 3} <input type="checkbox"/> No		
Por favor, consulte con la enfermera de la escuela.			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Para administrar medicamentos sin receta de uso rutinario durante una excursión escolar con estadía nocturna, los padres/tutores legales deben entregar el formulario completo titulado Solicitud y Autorización Previa para Tomar Medicamentos Sin Receta Durante Excursiones con Estadía Nocturna, que incluya la firma del padre/tutor legal y una orden por escrito del proveedor de atención médica con licencia. 2. Para administrar medicamentos (recetados y sin receta que no se enumeran en el formulario anterior) durante la excursión escolar, los padres/tutores legales deben entregar el formulario completo titulado Solicitud para Tomar Medicamentos durante el Horario Escolar, que incluya la firma del padre/tutor legal y una orden por escrito del proveedor de atención médica con licencia. 3. El(los) formulario(s) completo(s) titulado(s) Solicitud para Tomar Medicamentos Durante el Horario Escolar y/o Solicitud y Autorización Previa para Tomar Medicamentos Sin Receta Durante Excursiones con Estadía Nocturna debe(n) ser entregado(s) a la escuela al menos 7 días antes de la excursión escolar con las firmas del padre/tutor legal y del proveedor de atención médica con licencia. <p style="margin-top: 10px;">En el caso de que suceda una emergencia médica, se llamará al 911/Servicios Médicos de Emergencia y el estudiante será transferido a la instalación médica más cercana.</p>			
H. Información de Salud Adicional			
Por favor proporcione cualquier información adicional sobre la salud del estudiante. _____ _____			
I. Consentimiento del Padre/Tutor Legal			
<i>Verifico que la información contenida en este documento es verdadera y correcta a mi leal saber y entender, y notificaré a la enfermera de la escuela de cualquier cambio en la condición de salud del estudiante.</i>			
_____ <i>Firma del Padre/Tutor Legal</i>	_____ <i>Fecha</i>		