SPANISH

SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR

Distrito Escolar Riverside

Año escolar: _____2023 - 2024_____

Para proporcionar la major experiencia educative para su hijo, los profesores de las escuela deben comprender las necesidades de salud de su hijo. Por favor, lea atentamente y complete lo siguiente:

Nombres de los estudiantes: _____ Grado / Homeroom_____

Por este medio, he dado permiso para que me hijo reciba la siguiente atencion medica como parte del programa de salud escolar:

1. **Examenes de estatura, peso, presion arterial, vision y audicion, (6, 8, 9, y 10 grados)**
2. **Un examen de deteccion de escoliosis realizado por la enfermera de la escuela a los estudiantes de los grados 6 a 12 (la evaluacion se realize bianualmente)**

La escoliosis es una curva lateral de la columna vertebral, que se encuentra con mayor frecuencia durante el period de crecimiento en la adolescencia. (La informacion sobre cuando se realizara la evaluacion se enviara a casa mas adelante durante el ano escolar).

MEDICAMENTOS: Los estudiantes no estan autorizados a llevar medicamentos en la escuela. Solo aquellos estudiantes que requieren medicamentos de emergencia (inhalador, epinefrina 0 insulina) pueden auto administrarse de acuerdo con la politica de medicamentos. Si su hijo necesita tomar algun medicamento recetado o de venta libre (es decir, Ritalin, inhalador, epinefrina, gotas para los ojos, antibioticos, cremas, analgesicos, etc.) la solicitud escrita del medico y los padres debe presentarse a la enfermera de la escuela antes de que pueden administrar medicamentos. El padre suministrara la medicacion. El medicamento se mantendra en la oficina de la enfermera. Comuniquese con la oficina de la enfermera para obtener los "Formularios de autorizacion de medicamentos de la escuela" O visite elsitio web del.

Por favor marque cualquier alergia que tenga su hijo:

____Alergia al mani ____Alergico a la picadure de abeja ____Otro (por favor especifique)_____

Si marco alguno de los puntos anteriores, describa el tipo de reaccion que puede tener su hijo y cualquier medicacion que pueda tomar para reaccionar. _____

_____

ACTUALIZACION DE REGISTRO DE SALUD

EXAMEN FISICO: Aquellos que ingresan a la escuela intermedia y secundaria de Riverside por primera vez O que planean participar en un deporte escolar deben obtener formularios aprobados por la escuela o el estado que deben ser comprometidos por un medicao y enviados a la escuela. (Los fisicos para deportes solo son validos por 365 dias a partir de la fecha del examen)

Ha recibido su hijo alguna vacuna en el ultimo ano?

___No ___Si Adjunte una nota del medico que indique el tipo y las fechas de recipcion. Debe incluir mes, dis y ano.

Marque cualquiera de las siguientes condiciones medicas que su hijo tiene:

___Condicion del Corazon ___Trastorno de crisis ___Vision (us lentes)

___Asma ___Dolores de cabeza frecuentes ___Audicion (usa ayuda)

___Diabetes ___Dolores de cabeza por migrana ___ADD/ADHD

___Emocional (Por favor describa) _____

___Other (Por favor describa) _____

Durante el año pasado, su hijo experimento alguna enfermedad, lesion o cirugia: _____

_____

Medicamento actuales: (Consulte la Plitica de mendicamentos anterior si se necesitan medicamentos para ser administrados en la excuela) _____

"En tiendo que la informacion relevante sobre la salud de mi hijo se puede compartir conel personal escolar apropiado y otros proveedores de salud, segun sea necesario".

_____

Nombre de Padre / Guardian (Por favor, imprima) Firma del padre / Tutor Fecha