

FORMULARIO DE INFORMACIÓN MÉDICA CONFIDENCIAL 2023-2024



Nombre del Estudiante _____ # ID Polk 5300- _____ Grado _____ Maestro/a _____

Fecha de Nac. _____ Sexo _____ Teléfono del Hogar # (1) _____ #Tel. (2) _____ # Bus _____

Nombre del Médico _____ Número de Teléfono del Médico _____

<p align="center"><u>El padre o tutor debe completar esta página, firmar al dorso de este formulario, y devolverlo a la escuela.</u> Favor de marcar el encasillado al lado de cualquier condición o enfermedad que aplique a su hijo/a. Nota: Para las preguntas acerca de medicamentos, favor de marcar el encasillado "sí" solamente si el/la niño/a está tomando el medicamento actualmente.</p>	
1.	<input type="checkbox"/> Alergias a: <input type="checkbox"/> Comida: _____ Alergias a: <input type="checkbox"/> Medicinas: _____, <input type="checkbox"/> Hormigas, <input type="checkbox"/> Avispas, <input type="checkbox"/> Picadas de Abejas, <input type="checkbox"/> Ambiental u otras. Favor de Anotar: _____ Especificar la reacción a alergias o alérgenos: <input type="checkbox"/> Erupción, <input type="checkbox"/> Hinchazón, <input type="checkbox"/> Urticaria, <input type="checkbox"/> Dificultad al respirar, <input type="checkbox"/> Vómitos, <input type="checkbox"/> Diarrea, <input type="checkbox"/> Otra _____ <input type="checkbox"/> Toma medicamentos para las alergias. Nombre de la/s medicinas/s: _____ ¿Necesita el niño una dieta especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (En caso afirmativo, la escuela requiere el Formulario de Modificaciones en la Dieta de un médico. Obtenga el Formulario de Modificaciones en la Dieta en línea o del Administrador de Nutrición Escolar.)
2.	<input type="checkbox"/> Historial de Asma: <input type="checkbox"/> Sí ¿Está bajo cuidado médico ahora? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Anote lo que provoca el asma: _____ <input type="checkbox"/> Toma medicinas para el asma. Nombre de la/s medicinas/s: _____
3.	<input type="checkbox"/> Déficit de atención / Hiperactividad (ADD/ADHD). <input type="checkbox"/> Toma medicinas Nombre de la/s medicinas/s: _____
4.	<input type="checkbox"/> Trastorno del Espectro Autista <input type="checkbox"/> Diagnosticado por un Médico <input type="checkbox"/> Toma medicinas. Nombre/s del/ de las Medicina/s) _____
5.	<input type="checkbox"/> Enfermedad Autoinmune (Lupus, etc.) Explicar: _____
6.	<input type="checkbox"/> Problemas de la sangre <input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes <input type="checkbox"/> Condición de sangrado. Especificar: _____
7.	<input type="checkbox"/> Cáncer. Explicar: _____
8.	<input type="checkbox"/> Fibrosis Cística <input type="checkbox"/> Toma medicinas. Nombre de la/s medicinas/s: _____
9..	<input type="checkbox"/> Diabetes. ¿Requiere el/la niño/a tomar insulina? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Requiere el/la niño/a tomar insulina en la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Toma medicinas. Nombre de la/s medicinas/s: _____ <input type="checkbox"/> Hipoglucemia (bajo nivel de azúcar en la sangre). <input type="checkbox"/> Toma medicinas. Nombre/s del/ de las Medicina/s) _____
10.	<input type="checkbox"/> Problemas digestivos. Explicar: _____
11.	<input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza (grave). Explicar: _____
12.	<input type="checkbox"/> Problema de audición <input type="checkbox"/> Utiliza audífonos. <input type="checkbox"/> Oído Derecho <input type="checkbox"/> Oído Izquierdo
13.	<input type="checkbox"/> Condición del Corazón. Explica: _____ ¿Está bajo cuidado médico por esta condición? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No; ¿Alguna restricción física?? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, explique: _____
14.	<input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta (Hipertensión) <input type="checkbox"/> Toma medicinas. Nombre de la/s medicinas/s _____
15.	<input type="checkbox"/> Problema de los riñones o la vejiga. Explicar: _____ <input type="checkbox"/> Requiere cateterismo. Explicar o tipo de cateterismo: _____
16.	<input type="checkbox"/> Condición de Salud Mental Especificar _____ <input type="checkbox"/> Toma medicinas. Nombre de la/s medicinas/s _____
17.	<input type="checkbox"/> Migrañas. ¿Está bajo tratamiento médico para las migrañas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No; <input type="checkbox"/> Toma medicinas. Nombre de la/s medicinas/s _____
18.	<input type="checkbox"/> Problema de los músculos/huesos/movilidad. Explicar: _____
19.	<input type="checkbox"/> Problemas de convulsiones o ataques. Tipo/s de ataque/s: _____ ¿Cuándo fue el último? _____ <input type="checkbox"/> Toma medicinas. Nombre de la/s medicinas/s _____
20.	<input type="checkbox"/> Problemas de visión Explicar: _____ <input type="checkbox"/> Anteojos o Espejuelos <input type="checkbox"/> Lentes de Contacto
21.	<input type="checkbox"/> Otra condición médica no mencionada. Explicar: _____ <input type="checkbox"/> Toma otros medicamentos que no han sido mencionados anteriormente _____
22.	<input type="checkbox"/> Mi hijo <u>no</u> tiene ninguna de las condiciones o enfermedades mencionadas.

Comentarios adicionales u otra información de salud:

Consentimiento de los Padres para Servicios de Salud Escolar

Año Escolar 2023 – 2024

Nombre del Estudiante _____ # ID Polk 5300- _____ Grado _____ Maestro/a _____

El Departamento de Educación de la Florida y el Departamento de Salud de la Florida trabajan en cooperación para coordinar el Programa de Servicios de Salud Escolar según lo dispuesto en las secciones 381.0056, 281.0057 y 402.3026 del Estatuto de la Florida. Conforme al Estatuto de la Florida 1001.42: Un padre/tutor DEBE elegir anualmente para que su hijo/a reciba Servicios de Salud/Servicios Clínicos en la escuela. Favor de indicar si desea que su hijo/a pueda reciba los servicios que se indican a continuación. Circule "sí" o "no".

Sí	No	<p>Quiero que mi hijo/a pueda acceder a la atención en la clínica debido a una enfermedad o lesión. Los servicios de salud/clínica escolar pueden incluir: primeros auxilios, atención de emergencia*, evaluaciones de salud, evaluación de enfermería, asesoramiento sobre salud, referidos y seguimiento, promoción de la salud, prevención de enfermedades y lesiones, educación básica sobre la salud, y consultas de salud.</p> <p>Si la respuesta es "NO", el estudiante no recibirá los servicios clínicos descritos anteriormente, incluidos, pero no limitado a, revisión de la temperatura, primeros auxilios, etc.</p>
Sí	No	<p>Quiero que mi hijo/a participe en las evaluaciones individuales de los estudiantes, relacionadas con el aprendizaje, el comportamiento y/o el bienestar socioemocional según lo necesite el equipo de resolución de problemas de la escuela para garantizar una instrucción e intervención adecuada en estas áreas. Esto también puede incluir un examen individual de la vista y/o del oído para descartar dificultades de la vista que afecten el aprendizaje.</p>

* No hay una opción para retener/rechazar el consentimiento para atención de emergencia. En situaciones de emergencia, el personal de la escuela se comunicará con los Servicios Médicos de Emergencia y brindará atención de emergencia hasta que llegue el EMS. Una vez que llegue EMS, ellos tomarán las medidas que se consideren necesarias para la salud y la seguridad de su hijo/a. Los padres son económicamente responsables de cualquier atención de emergencia y/o transporte que necesite su hijo/a.

Este consentimiento NO AUTORIZA exámenes o procedimientos invasivos (pruebas de COVID-19, extracción de sangre, vacunas, etc.), atención médica preventiva, administración de medicamentos, asesoramiento sobre salud mental, terapia (terapia física, terapia ocupacional, etc.) u otros servicios que requieran instrucciones y consentimiento específicos de los padres (administración de medicamentos, procedimientos médicos, manejo médico de condiciones de salud crónicas, etc.)

Para que su hijo/a reciba cualquier medicamento o tratamiento médico en la escuela, cada año escolar usted debe proveer una nueva Autorización para Medicamentos/Tratamiento firmada por usted y por el médico de su hijo/a. Todos los medicamentos deben ser traídos a la escuela por un adulto. Todos los medicamentos y / o tratamiento, equipos o suministros deberán ser provistos por el padre/tutor.

También se le requiere completar el Formulario de Información de Emergencia y Contactos y actualizar la información anualmente o en cualquier momento que la información cambie. El personal escolar se comunicará con usted para recoger a su hijo/a si él/ella no puede permanecer en la escuela debido a una enfermedad o accidente. Si el personal escolar no puede comunicarse con usted, se contactará a uno de los adultos que están anotados en el Formulario de Información de Emergencia y Contactos y están designados para recoger a su hijo/a.

AVISO: Los siguientes exámenes de salud exigidos por el estado son provistos: examen de la vista en los grados PreK, K, 1, 3, 6; examen de audición en los grados PreK, K, 1, 6; evaluación de crecimiento y desarrollo/índice de masa corporal (IMC) en los grados PreK, 1, 3, 6; examen de presión arterial para Head Start PreK; y evaluación de escoliosis en el grado 6. Si no desea que su hijo/a participe en ninguna de las evaluaciones anteriores, complete el Formulario de Exclusión de Evaluación de Salud Escolar disponible en la escuela de su hijo/a. También puede acceder al formulario desde el sitio web del distrito (<https://polkschoolsfl.com/policiesandforms>). El formulario de exclusión debe completarse y enviarse cada año escolar en el que no desee que su hijo/a participe en los exámenes de salud obligatorios.

Las Escuelas Públicas del Condado de Polk solo compartirán información médica de los estudiantes de los expedientes educativos de acuerdo con la ley. Puede ser necesario compartir alguna información acerca de su hijo/a con participantes de cuidado médico de la Junta Escolar para proveer y evaluar servicios de salud u obtener tratamiento médico de emergencia. Los expedientes educativos de su hijo/a también pueden ser compartidos con oficiales escolares que tienen un propósito educativo legítimo para acceder a dichos expedientes de tratamiento. Por lo tanto, es su responsabilidad notificar a la escuela de cualquier cambio en la información registrada en este formulario.

Certifico que doy mi consentimiento o rechazo los Servicios de Salud/Servicios Clínicos como se indicó anteriormente, que la información en este formulario de Información Médica es correcta y que entiendo que la escuela mantiene toda la información médica y los registros de acuerdo con la ley de la Florida.

Fecha: _____ Nombre del Padre/Tutor que Inscribe en Letra de Molde: _____

Firma del Padre que Inscribe: _____

La Junta Escolar del Condado de Polk, Florida, prohíbe cualquier y todas las formas de discriminación y acoso por motivos de raza, color, sexo, religión, origen nacional, estado civil, edad, falta de vivienda o incapacidad u otras bases prohibidas por ley en cualquiera de sus programas, servicios, actividades o empleo. Para presentar preocupaciones, puede ponerse en contacto con la Oficina de Equidad y Cumplimiento, Servicios de Recursos Humanos en el 863-534-0513. Si usted necesita cualquier tipo de acomodo para completar el proceso de solicitud debido a una incapacidad, favor de llamar a la División de Servicios de Recursos Humanos al (863) 534-0781. Si usted es sordo o tiene problemas de audición, favor de comunicarse con el Distrito Escolar del Condado Polk, llamando la Florida Relay Service al 1-800-955-8771