



# CONEJO VALLEY UNIFIED SCHOOL DISTRICT

## Inventario de Salud del Estudiante

Name: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(apellido) (primer nombre) (segundo nombre)

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Género:  Masculino  Femenino  No Binario Grado en 2024-2025: \_\_\_\_\_

Información de salud de emergencia para los estudiantes: en ningún momento los estudiantes pueden llevar medicamentos, incluso medicamentos de venta libre en su persona en la escuela. Los medicamentos necesarios en la escuela, incluidos los medicamentos para emergencias / alergias, requieren una autorización de medicamentos provista por la escuela y firmada por un médico. A continuación, identifique y describa cualquier problema de salud, enfermedades crónicas, lesiones graves o necesidades médicas especiales.

- Asma  Dolores de Cabeza Frecuentes  Problema Ortopédico
- Alergias (vea abajo)  Discapacidad Auditiva  Discapacidad del Habla
- Trastorno convulsivo (epilepsia / convulsiones)  Problema Cardíaco  Discapacidad Visual
- Diabetes  Problema del Riñón  Otro

1. Listar cualquier alergia grave o potencialmente mortal a drogas, alimentos, picaduras de insectos: \_\_\_\_\_

2. Listar medicamentos diarios y/o de emergencia tomados en **casa**: \_\_\_\_\_

Razón: \_\_\_\_\_

3. Listar medicamentos diarios y/o de emergencia tomados en la **escuela**: \_\_\_\_\_

Razón: \_\_\_\_\_

4. Identifique cualquier otro problema de salud: \_\_\_\_\_

5. ¿Su hijo ha sufrido alguna vez una conmoción cerebral? \_\_\_\_\_ Fecha de la conmoción cerebral: \_\_\_\_\_

**Enfermedades transmisibles:** indique la fecha si su hijo ha tenido alguno de los siguientes:

- Varicela  Paperas  Rubéola / Sarampión Alemán
- Sarampión  Fiebre Reumática  Tuberculosis

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO:** En caso de una emergencia que requiera atención médica inmediata, autorizo al Distrito Escolar Unificado de Conejo Valley a obtener transporte y tratamiento de emergencia en nombre de mi hijo. El abajo firmante autoriza al hospital a proporcionar el tratamiento adecuado. Entiendo que el hospital hará todo lo posible para comunicarse con el padre o tutor antes de cualquier tratamiento, pero no se retendrá el tratamiento si no se puede contactar al padre o tutor. **También entiendo que el Distrito Escolar Unificado de Conejo Valley no asume ninguna responsabilidad financiera por la atención médica o el transporte en ambulancia.** Estas autorizaciones y permisos serán y permanecerán en plena vigencia y efecto durante el año escolar actual a menos que se revoquen por escrito. También entiendo que debo comunicarme con la escuela inmediatamente si hay algún cambio en la información contenida en esta hoja.

Firma del Padre/Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_