

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE NOVATO
ASUNTOS CRÍTICOS DE SALUD
ALERTA DE SALUD PARA LA ENFERMERA ESCOLAR

Estimado padre de familia o tutor:

Llene este formulario solamente si su hijo o hija tiene una condición **crítica** de salud o toma medicinas para una condición médica **seria** que la enfermera escolar debería saber. Por ejemplo:

- Diabetes
- Una condición que produce ataques-**Tipo:** _____
- Fecha del ataque más reciente _____
- Asma **SEVERA** o asma inducido por ejercicios **que requiera un inhalador de rescate en la escuela**
- Anafilaxias o alergias que amenacen la vida y **requieran una inyección de epinefrina de emergencia**
- Otra condición **seria** de salud (ej. de la sangre o el corazón, del intestino o riñones, etc.)

Nombre del alumno: _____ Fecha de nacimiento: _____

Grado: _____ Escuela: _____

Condición **crítica** de salud: _____

Medicamento* o tratamiento requerido: _____

***Pida al personal de la oficina una forma de autorización de medicamento para que la lleve a su proveedor de salud si su hijo(a) necesita tomar la medicina en la escuela o la forma de autorización de medicamento por 72 horas si su hijo(a) toma medicinas que necesitan dársele fuera de las horas escolares, en caso de que haya una emergencia o desastre.**

Tel. de casa #: _____ Celular #: _____

Fecha: _____ Correo electrónica (email) _____

Nombre del padre o tutor: _____

Firma: _____

FAVOR DE REGRESAR DE INMEDIATO ESTA FORMA A LA OFICINA DE LA ESCUELA

<i>Solamente para uso de la enfermera</i>	
Fecha recibido: _____	Firma de la enfermera: _____
_____	_____
_____	_____
_____	_____