

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN MÉDICA CONFIDENCIAL 2021-2022**



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

Fecha de Nac. \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Teléfono del Hogar # (1) \_\_\_\_\_ #Tel. (2) \_\_\_\_\_ # Bus \_\_\_\_\_  
MM/DD/YYYY

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

**NOTA: Use la sección "Comentarios" en la parte posterior de esta página para obtener explicaciones adicionales o información de salud.**

Escuela: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

Nombre Completo del Estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono del Médico \_\_\_\_\_

**Comentarios adicionales u otra información de salud:**

¿Tiene el estudiante cobertura de seguro de salud? (privado, Medicaid, etc)  Sí  No  
Si no contestó "no", ¿desea que una persona que aboga por el cuidado de salud le contacte personalmente acerca de KidCare, una opción de seguro de salud gratis o a bajo costo provisto a través del estado de la Florida?  Sí  No  
¿Cuál es el mejor número de teléfono para que la persona le contacte? \_\_\_\_\_

Certifico que la información que he proporcionado en este Formulario de Información Médica es exacta, verdadera y correcta. Entiendo que la escuela guarda toda información médica y otros expedientes de acuerdo a la ley.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del Padre/Tutor que está matriculando: \_\_\_\_\_

Imprimir el nombre del Padre/Tutor que está matriculando: \_\_\_\_\_

**NOTIFICACION DE LOS PROGRAMAS DE SERVICIOS DE SALUD**

El Programa Escolar de Servicios de Salud en las Escuelas del Condado de Polk incluye evaluaciones de salud, monitoreo de enfermedades contagiosas y cuidado de emergencia. También incluye las siguientes pruebas de detección obligatorias por el estado: prueba de detección visual en los grados PreK, K, 1, 3, 6 y programas de verano; pruebas de detección auditivas en los grados Pre-K, K, 1, 6, pruebas de detección de crecimiento y desarrollo/Índice de Masa Corporal (BMI) en los grados PreK, K 1, 3, 6; examen de presión arterial para los estudiantes Pre escolares de Head Start y pruebas de detección de escoliosis en el 6to grado. Además, pueden llevarse a cabo pruebas de visión y audición individuales en cualquier grado para eliminar dificultades con la visión y/o audición. Además, el equipo de resolución de problemas de la escuela puede llevar a cabo evaluaciones individuales de los estudiantes relacionadas con el aprendizaje, el comportamiento y/o el bienestar socioemocional, según sea necesario, para asegurar la instrucción e intervención adecuadas en estas áreas. Si usted no desea que su hijo/a participe en las pruebas indicadas arriba, favor de completar el Formulario para optar para no hacerse las Pruebas de Detección de Salud Obligatorias disponible en la escuela de su hijo/a. También puede acceder al formulario desde el sitio web del distrito ([www.polk-fl.net/parents/formsanddocuments/default.htm](http://www.polk-fl.net/parents/formsanddocuments/default.htm)). El formulario de "opt-out" debe ser completado y enviado cada año escolar que usted no desee que su hijo/a sea examinado.

**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.**

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. El personal escolar contactará a los Servicios Médicos de Emergencia en una situación de emergencia para tomar cualquier acción que se considere necesaria para la salud y seguridad de su hijo/a. Los padres son financieramente responsables por cualquier cuidado de emergencia y/o transporte que su hijo/a necesite.

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 compañeros 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.

*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*

*La Misión de las Escuelas Públicas del Condado de Polk es proveer una educación de alta calidad para todos los estudiantes.*