



**'UN LUGAR PARA APRENDER.
UN LUGAR PARA PERTENECER DE VERDAD'**

Minnetonka Shoreview AIM or Lynx
Ph: 612-208-3368 Ph: 651-237-2135 Ph: 651-401-4212
Fax: 612-568-9512 Fax: 612-329-0080 Fax: 612-206-8668

Información de salud del estudiante

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento _____ Grado _____
Apellido Primero media Masculino Femenino no binario

Padre / tutor: _____ Correo electrónico: _____

Teléfono de casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Si necesitamos comunicarnos con usted para preguntas de salud que no sean de emergencia, indique cómo le gustaría recibir esa comunicación (correo electrónico, mensaje de texto, llamada telefónica, etc.):

La salud de su hijo puede afectar su aprendizaje. Por lo tanto, la información de salud es importante para planificar las necesidades de su hijo en la escuela. Continúe actualizando al personal de salud a medida que las necesidades de salud de su hijo se desarrollen o cambien durante el año escolar.

POR FAVOR LLENE AMBOS LADOS DE ESTE FORMULARIO.

PREOCUPACIONES DE SALUD

Por favor y explique si su hijo tiene alguno de los siguientes:

- ¿Trastorno del espectro autista? (diagnóstico médico)
- ¿Trastorno por déficit de atención con hiperactividad / Trastorno por déficit de atención (ADHD / ADD)?
- ¿Alergias? (alimentos, medicinas, etc.) _____
 - ◆ ¿Reacción? _____
 - ◆ ¿Tiene un plan de acción de anafilaxia? (En caso afirmativo, se requiere un plan actualizado cada año). Sí No
 - ◆ ¿Su hijo tiene un epipen? Sí No
- ¿Restricciones/sensibilidades salimentarias?: _____
 - ◆ ¿Reacción? _____
- ¿Asma u otros problemas respiratorios?: _____
 - ¿Alguna vez un proveedor de atención médica le ha diagnosticado asma a su hijo? Sí No
 - ¿Tiene un **plan de acción para el asma**? (En caso afirmativo, se requiere un plan actualizado cada año). Sí No
 - ¿Tiene su hijo un inhalador? Sí No
- Varicela (Indique el mes y año en que tuvo la enfermedad) _____
- ¿Diabetes?: Tipo 1 Tipo 2 Manejado por: Dieta Medicamentos orales Inyecciones de insulina Bomba de insulina
- ¿Problemas cardíaco?: _____
- ¿Problemas del sueño?: _____
- ¿Problemas de digestión? (acidez, irregular hábitos intestinales) _____
- ¿Convulsiones?: Tipo _____ Fecha de la última convulsión: _____ ¿Plan de acción para las convulsiones? Sí No
- Inquietudes sociales / emocionales / conductuales / de salud mental: _____
- Necesita apoyo con las actividades de la vida diaria (qué / cuándo / cómo): _____

- ¿Restricciones de actividad?: _____
- Otras inquietudes médicas o problemas importantes: _____

MEDICAMENTOS

Primero, enumere TODOS los medicamentos Y las dosis que toma su hijo o adjunte una lista:

Segundo, enumere **TODOS** los medicamentos que su hijo necesita **DURANTE EL DÍA ESCOLAR**. Se requiere una autorización con el consentimiento de los padres y del proveedor de atención médica cada año escolar para todos los medicamentos recetados Y de venta libre enumerados:

VISIÓN

- Fecha del último examen: _____
- Se han recetado anteojos / lentes de contacto último
 - El estudiante usa anteojos o lentes de contacto:
 - Todo el tiempo
 - Según sea necesario
 - Sin problemas de visión

AUDIENCIA

- Fecha del último examen: _____
- Infecciones frecuentes del oído (más de 3 en el año)
 - Tiene tubo(s) para los oídos
 - Pérdida auditiva
 - Oído derecho Oído izquierdo
 - Audífono(s)
 - Oído derecho Oído izquierdo
 - Sin problemas de audición

Preocupaciones adicionales:

SEGURO DE SALUD

- Mi hijo tiene seguro médico:
 - Asistencia médica
 - Minnesota Care
 - Assured Care
 - Otro (es decir, a través del trabajo)
- La solicitud de seguro médico de mi hijo está en proceso.
- Mi hijo no tiene seguro médico.
- Solicito ayuda con el seguro médico de mi hijo.

PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA:

¿Tiene su hijo un médico o una clínica donde suele acudir para recibir atención médica? Sí No

<u>Nombre del médico o clínica</u>	<u>Ubicación y teléfono</u>	<u>Fecha aproximada del último examen</u>
Proveedor de salud primario: (médico regular)		
Proveedor dental:		
Otro especialista (especifique el tipo):		

Preferencia de hospital: _____

Certifico la información anterior y doy permiso para su divulgación para uso confidencial para satisfacer las necesidades educativas y de salud de mi hijo en la escuela. Además, autorizo la divulgación de esta información a los trabajadores médicos de emergencia, en caso de que surja la necesidad.

Nombre del padre/tutor (en letra de imprenta): _____ Teléfono durante el día _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Lionsgate Academy es una escuela libre de frutos secos, cacahuets, fragancias y pescados y mariscos.

Consulte el manual del estudiante para obtener más información.

***** Por favor, complete cada año escolar. *****