



Cuestionario de Salud del Estudiante (2026 – 2027)

La enfermera de la escuela solicita la siguiente información para planificar un programa apropiado para las necesidades de su hijo en la escuela, en caso de que surja alguna situación de emergencia. Le agradeceríamos que completara esta forma. Tenga en cuenta que:

- El padre/tutor es responsable de proporcionar a la escuela cualquier medicamento o equipo que el estudiante requiera durante el día escolar.
- Si se indica un plan de atención médica escolar individual, el padre/tutor es responsable de proporcionar a la enfermera de la escuela la información médica necesaria.

Walsh Academy busca proporcionar servicios de salud de calidad y mantener actualizados los registros de salud de todos los estudiantes. Como padre/tutor del estudiante mencionado a continuación, reconozco por mi firma a continuación que he proporcionado a la Academia Walsh la información de salud más precisa sobre mi estudiante.

Parte 1. Padre/Tutor para completar durante el proceso de registro.

Información Del Estudiante

Nombre del Estudiante (Apellido):	Nombre del Estudiante (Primero):	Inicial de segundo nombre:	Fecha de nacimiento:	Sexo: ☐ Masculino ☐ Hembra
Escuela:		Grado:	Nombre del Profesor:	

Información Del Los Padres

Nombre del padre/tutor:		Relación con el estudiante:	Nombre del padre/tutor:		Relación con el estudiante:
Teléfono residencial#:	Teléfono celular#:	Teléfono del trabajo#:	Teléfono residencial#:	Teléfono celular#:	Teléfono del trabajo#:
Nombre del contacto de emergencia:		Teléfono #:	Nombre del contacto de emergencia:		Teléfono #:

Mi hijo/hija tiene una condición médica que puede afectar su día escolar. ☐ No ☐ Si (En caso afirmativo, continúe con la parte 2.)

Nombre del padre/tutor (imprimir)

Firma del padre/tutor (Firma)

Fecha

Este consentimiento es obligatorio para la inscripción de estudiantes. El hecho de no completar y firmar completamente este consentimiento evitará que el estudiante mencionado anteriormente de estar inscrito en la Academia Walsh. Este consentimiento es válido hasta un (1) año después de la fecha anterior de la firma del padre/tutor.

Parte 2. Información médica (complete todas las casillas que se aplican a su hijo/hija)

A. Medical History

☐ Asma	☐ Alergias	☐ Enfermedad Cardíaca	☐ Diabetes
☐ Convulsiones	☐ Problemas de vejiga/riñón	☐ Células falciformes	☐ TDA/TDAH
☐ Problemas de visión	☐ Problemas de audición	☐ Dolores de cabeza frecuentes	☐ Problemas Ortopédicos
☐ Cancer	☐ Hemofilia	☐ Otro (especifíquese): _____	
Su hijo/hija tiene una primaria Médico de atención? ☐ No ☐ Si	Nombre del médico:	Teléfono del médico #:	Fecha de la última cita:
Does your child see a specialist? ☐ No ☐ Si	Nombre del especialista:	Teléfono del especialista #:	Fecha de la última cita:

Su hija/hijo requiere restricciones de actividad? ☐ No ☐ Si, (En caso afirmativo, la escuela debe tener documentación médica de un médico archivada para acomodar cualquier restricción).

B. Medicamentos: Enumere todos los medicamentos que su hijo toma diariamente o según sea necesario (use papel adicional si necesita más espacio).

Medication Name	How much	Time given	Side Effects

C. Alergias ☐ No ☐ Si (Si las alergias son graves, proporcione un plan de acción para la alergia del médico de su hijo.)		
*Las Alergias Son: ☐ Leves ☐ Graves	A qué es alérgico su hijo/hijo? (Marque todo lo que corresponda)	Por Favor Especificar:
Fecha de la última reacción grave: ____ / ____ / ____	☐ Alimentos:	
	☐ Picaduras/mordeduras de insectos:	
Alergia Causada Por: ☐ Ingestión ☐ Inhalación ☐ Contacto	☐ Medicación:	
	☐ Plantas/Medio ambiente:	
	☐ Desconocido	
Su hijo/hija tiene intolerancia alimentaria? En caso afirmativo, sírvase especificar: _____		
Por favor, compruebe todos los síntomas observados con reacción alérgica: ☐ Rojez ☐ Problemas respiratorios ☐ Hinchazón severa ☐ Hinchazón de labios/cara ☐ Comezon/Picazon ☐ Pérdida del conocimiento ☐ Urticaria ☐ Náuseas		
Si su hijo tiene una reacción, ¿qué hace usted para tratar los síntomas? _____		
* Enumere todos los medicamentos que su hijo toma para las alergias en la sección B. Le han recetado a su hijo/hija un autoinyector de epinefrina para usarlo en una emergencia? ☐ No ☐ Si * Se requiere que se proporcione un autoinyector de epinefrina a la escuela si el estudiante ha tenido una reacción grave en el pasado.		

D. Asma ☐ No ☐ Si (En caso afirmativo, proporcione un plan de acción para el asma del médico de su hijo/hija)		
Alguna vez su hijo/hija ha sido hospitalizado debido al asma? ☐ No ☐ Yes En caso afirmativo, cuándo fue la última hospitalización? _____		
¿Qué síntomas experimenta su hijo/hija durante un episodio de asma? ☐ Dificultad para respirar ☐ Toser ☐ Sibilancia ☐ Dolor/malestar en el pecho ☐ Otro: _____		
Qué desencadena el asma de su hijo/hija? (Marque todo lo que corresponda)		Medicamentos recetados actualmente: ☐ Inhalador (rescate) ☐ Inhalador (controlador) ☐ Nebulizador ☐ Esteroides orales ☐ Oral antihistamínicos *Por favor, enumere todos los medicamentos en la sección B. *Se requiere que se proporcione un inhalador a la escuela si el estudiante tiene asma.
Desencadena:	Sírvase especificar/explicar:	
☐ Ejercicio		
☐ Medioambiental		
☐ Alimentos		
☐ Desconocido		
☐ Otro		

E. Diabetes ☐ No ☐ Si (En caso afirmativo, proporcione un plan de manejo médico de la diabetes actualizado del médico de su hijo).	
Medicamentos y tratamientos recetados actualmente (marque todos los que se aplican y enumere los medicamentos en la sección B).	
Insulina vía: ☐ Jeringa ☐ Pluma ☐ Bomba ☐ Pruebas de azúcar en la sangre ☐ Glucagón ☐ Medicamentos orales ☐ Monitorización continua de la glucosa	
*Se requiere que se proporcione un conjunto completo de suministros para diabéticos (insulina, glucagón, azúcar de acción rápida, bocado proteico, glucómetro, etc.) a la escuela para un estudiante con diabetes, incluso si el estudiante tiene permiso para llevar estos artículos por sí mismo.	
Qué síntomas presenta su hijo/hija con un nivel bajo de azúcar en la sangre?	Qué síntomas presenta su hijo/hija con un nivel alto de azúcar en la sangre?
Su hijo/hija reconoce los síntomas de un nivel bajo de azúcar en la sangre? ☐ No ☐ Si	Su hijo/hija reconoce los síntomas de un nivel alto de azúcar en la sangre? ☐ No ☐ Si

F. Trastorno Convulsivo ☐ No ☐ Si (En caso afirmativo, proporcione un plan de acción para las convulsiones del médico de su hijo/hija.)	
Tipo de convulsión: ☐ Convulsivo ☐ No convulsivo	Qué síntomas tiene su hijo/hija cuando tiene una convulsión?

Fecha de la última incautación:	Duración de la convulsión:	Desencadenantes conocidos:	¿Ha recetado diastat o otro medicamento para las convulsiones de emergencia por parte de un médico? ☐ Si ☐ No
Medicamentos: Por favor, enumere todos los medicamentos que los estudiantes toman para las convulsiones en la sección B.			
¿Se requiere alguna restricción de actividad física? ☐ No ☐ Si *En caso afirmativo, la escuela debe tener documentación médica de un médico archivada para acomodar cualquier restricción.			