



**CONEJO VALLEY UNIFIED SCHOOL DISTRICT**

**Inventario de Salud del Estudiante**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(apellido)

(primer nombre)

(segundo nombre)

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Género:  Masculino  Femenino  No Binario Grado en 2025-2026: \_\_\_\_\_

Información de Salud de Emergencia para los Estudiantes: En ningún momento los estudiantes pueden poseer ningún tipo de medicamento, incluyendo medicamentos sin receta 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. Liste cualquier alergia grave o potencialmente mortal a drogas, alimentos, picaduras de insectos: \_\_\_\_\_

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

Razón: \_\_\_\_\_

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

Razón: \_\_\_\_\_

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

5. ¿Ha sufrido su hijo(a) alguna vez una conmoción cerebral? \_\_\_\_\_ Fecha de la conmoción cerebral: \_\_\_\_\_

**Enfermedades transmisibles:** Por favor indique la fecha si su hijo(a) 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(a). 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/Tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_