## DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE SAN DIEGO

## Programa de natación: Formulario de historial médico El formulario debe ser completado por uno de los padres o un tutor. Use letra de imprenta

Nota: Los programas de natación conllevan ciertos riesgos inherentes para todos los niños (e.g.: ahogo, lesiones, infecciones), los estudiantes con necesidades especiales, de desarrollo, o de conducta pueden tener riesgos mayores. Un programa de natación en un plantel puede no ser apropiado para esos estudiantes. (Este formulario debe ser actualizado anualmente, o más frecuentemente si así se indica).

Nomb	ore del es	studiar	nte	Nombre	del pad	dre/madre
Domi	cilio del e	estudia	ante			
Teléf	ono: Hog	ar		Trabajo		Emergencia
Comp	oañía de	segur	o (si la sabe)			
Enum	nere <b>toda</b>	ı <b>s</b> las	alergias del estudiant	e (a medicamentos, alime	ntos, ar	mbientales)
Ha te <b>SÍ</b>	NO	ne es ن 1.	te estudiante algunos Una reciente lesión, μ	padecimiento o enfermeda		ciosa?
0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	OO	3. 2 2 3 4. 2 5. 2 6. 2 7. 2 8. 2 2 10. 2 11. 2	Usa lentes, lentes de Frecuentes infeccion: Tubos en el oído? ¿E Se ha desmayado du Ha tenido convulsion Dolor de pecho durar Ha tenido alta presión Ha tenido diagnóstico Ha tenido mareos du Ha tenido problemas Ha tenido problemas Tiene diabetes? Tiene asma o asma o Tiene problemas de o Para niñas: ¿Menstrinumere cualquier otra	Están los tubos en su lugar rante o después del ejercies?  nte o después del ejercición sanguínea? o de soplo cardiaco? rante o después del ejercide articulaciones o de mode piel (comezón, sarpulli Tipo 1 causada por el ejercicio? diarrea, constipación, o co una (tiene la regla)? restricción o problema de sexplique cualquier restricción	cio? cio? cio? vilidad do, etc. Tipo ntrol de alud que	mente?  Última fecha en que ocurrió  (e.g.: rodillas, tobillos)?  .)?  diabetes insípida
Este conta	historial c	de salı edico d	le mi hijo/a y a que te	completo según mis conoc nga acceso a la informaci	imiento ón méd	os. Estoy de acuerdo en permitir que la escuela lica que tiene el doctor, si fuera necesario (ver el
Nomb	ore en letra	a de mo	olde	Firma		Fecha
Favoi	r de devo	lver le	formulario al maestro	o de su hijo/a:	o :	a la enfermera escolar
Escu	ela			Dirección		

Nota: Debe completar el reverso de este formulario sólo si la enfermera de la escuela indica que se requiere.

Programa de natación: Formulario de autorización médica

Debe completarse a discreción de la enfermera escolar, con las recomendaciones del programa acuático, después de revisar el formulario de autorización médica. Ver reverso.

ombre del estudiante	Fecha de nacimiento			
ontacto escolar	Teléfono de la escuela			
son (marque todas las que apliquen):  Conducta impredecible  Tubo gástrico  Tubo de yeyunostomía  Severo retraso cognitivo  Enfermedad renal  Riesgo respiratorio potencial  Predisposición a infecciones	en afectar la seguridad del alumno en el programa acuático    Incontinencia fecal			
.     Hasta donde sabemos, este estudiante significativamente el riesgo en el progran	no tiene necesidades especiales de salud que aumenten na acuático.			
<ul><li>Asistencia 1:1</li><li>No se autoriza el deporte acuático ahora</li></ul>	comendaciones son las siguientes (marque todas las que apliquen):  Asistencia 1:1 (asistente de salud/enfermera)  Otras precauciones especiales  para el deporte acuático (ver abajo) basada en las condiciones o de historial médico.			
infermera de la escuela	Firma			
Formulario	o de autorización médica			
Para ser completado s luerido doctor: I Distrito Escolar Unificado de San Diego requie nencionado arriba comience en el programa acu evuélvala a la escuela	sólo a solicitud de la enfermera escolar.  ere su autorización y recomendaciones antes de que el estudiante uático. Por favor complete la porción inferior de esta página y			
Para ser completado se euerido doctor: Il Distrito Escolar Unificado de San Diego requie nencionado arriba comience en el programa accevuélvala a la escuela  El doctor debe o	sólo a solicitud de la enfermera escolar.  ere su autorización y recomendaciones antes de que el estudiante			
Para ser completado se euerido doctor: Il Distrito Escolar Unificado de San Diego requie nencionado arriba comience en el programa accevuélvala a la escuela  El doctor debe o	ere su autorización y recomendaciones antes de que el estudiante uático. Por favor complete la porción inferior de esta página y completar la siguiente porción.			
Para ser completado se exercido doctor: I Distrito Escolar Unificado de San Diego requie encionado arriba comience en el programa accevuélvala a la escuela  El doctor debe de la la escuela en un programa escolar de natación:	ere su autorización y recomendaciones antes de que el estudiante uático. Por favor complete la porción inferior de esta página y completar la siguiente porción.			
Para ser completado se duerido doctor: Il Distrito Escolar Unificado de San Diego requie nencionado arriba comience en el programa actual evuélvala a la escuela  El doctor debe de la	ere su autorización y recomendaciones antes de que el estudiante uático. Por favor complete la porción inferior de esta página y completar la siguiente porción.  n necesarias para mantener la salud y seguridad de este paciente			
Para ser completado se duerido doctor: Il Distrito Escolar Unificado de San Diego requie dencionado arriba comience en el programa actual evuélvala a la escuela  El doctor debe de la la la escuela l	ere su autorización y recomendaciones antes de que el estudiante uático. Por favor complete la porción inferior de esta página y completar la siguiente porción.  n necesarias para mantener la salud y seguridad de este paciente programa escolar de natación por el momento.			
Para ser completado se duerido doctor:  I Distrito Escolar Unificado de San Diego requie de nencionado arriba comience en el programa actual evuélvala a la escuela  El doctor debe de la	ere su autorización y recomendaciones antes de que el estudiante uático. Por favor complete la porción inferior de esta página y  completar la siguiente porción.  n necesarias para mantener la salud y seguridad de este paciente  programa escolar de natación por el momento.  Firma			
Para ser completado se de en el programa acto de en el programa escolar de en en en un programa escolar de natación:  No deseo que este paciente participe en un el medico de en el médico de en el médico de en en el médico de en en el medico de en en el medico de en en en el medico de en en en el medico de en en el medico de en en el medico de en en el medico de en en en en en el medico de en en en el medico de en en el programa acto de en	ere su autorización y recomendaciones antes de que el estudiante uático. Por favor complete la porción inferior de esta página y  completar la siguiente porción.  n necesarias para mantener la salud y seguridad de este paciente  programa escolar de natación por el momento.  Firma  Fecha  Fecha			