

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).

Nombre del estudiante _____ Nombre del padre/madre _____

Domicilio del estudiante _____

Teléfono: Hogar _____ Trabajo _____ Emergencia _____

Médico del estudiante _____ Teléfono _____

Compañía de seguro (si la sabe) _____

Titular de la póliza (o número de póliza) _____

Enumere **todos** los medicamentos (hogar y escuela) _____

Enumere **todas** las alergias del estudiante (a medicamentos, alimentos, ambientales) _____

Preguntas generales

Ha tenido o tiene este estudiante algunos de los siguientes:

SÍ NO

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. ¿Una reciente lesión, padecimiento o enfermedad infecciosa? | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. ¿Una condición/enfermedad crónica o recurrente? | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. ¿Usa lentes, lentes de contacto, o protector para los ojos? | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. ¿Frecuentes infecciones del oído? | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. ¿Tubos en el oído? ¿Están los tubos en su lugar actualmente? | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. ¿Se ha desmayado durante o después del ejercicio? | Última fecha en que ocurrió _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. ¿Ha tenido convulsiones? | Última fecha en que ocurrió _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. ¿Dolor de pecho durante o después del ejercicio? | Última fecha en que ocurrió _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. ¿Ha tenido alta presión sanguínea? | Última fecha en que ocurrió _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. ¿Ha tenido diagnóstico de soplo cardiaco? | Última fecha en que ocurrió _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. ¿Ha tenido mareos durante o después del ejercicio? | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. ¿Ha tenido problemas de articulaciones o de movilidad (e.g.: rodillas, tobillos)? | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13. ¿Ha tenido problemas de piel (comezón, sarpullido, etc.)? | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14. ¿Tiene diabetes? _____ Tipo 1 _____ Tipo 2 _____ diabetes insípida | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15. ¿Tiene asma o asma causada por el ejercicio? | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16. ¿Tiene problemas de diarrea, constipación, o control de esfínteres? | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 17. ¿ Para niñas: ¿Menstrúa (tiene la regla)? | |
| | | 18. Enumere cualquier otra restricción o problema de salud que pueda afectar a su hijo/a cuando está en el agua. | |
| | | 19. Por favor enumere y explique cualquier restricción adicional que no esté incluida arriba. | |

Por favor explique cualquier respuesta afirmativa (Sí) a las preguntas anteriores anotando el número de la(s) pregunta(s):

Autorización de padres/tutores

Este historial de salud es correcto y está completo según mis conocimientos. Estoy de acuerdo en permitir que la escuela contacte al médico de mi hijo/a y a que tenga acceso a la información médica que tiene el doctor, si fuera necesario (ver el reverso de esta página).

Nombre en letra de molde _____ Firma _____ Fecha _____

Favor de devolver le formulario al maestro de su hijo/a: _____ o a la enfermera escolar _____

Escuela _____ 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.

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

Contacto escolar _____ Teléfono de la escuela _____

1. Las características especiales que pueden afectar la seguridad del alumno en el programa acuático

son (marque todas las que apliquen):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Conducta impredecible | <input type="checkbox"/> Incontinencia fecal |
| <input type="checkbox"/> Tubo gástrico | <input type="checkbox"/> Catéter central intravenoso o periférico |
| <input type="checkbox"/> Tubo de yeyunostomía | <input type="checkbox"/> Deficiencia funcional del sistema musculoesquelético |
| <input type="checkbox"/> Severo retraso cognitivo | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus no controlada |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Trastornos convulsivos |
| <input type="checkbox"/> Riesgo respiratorio potencial _____ (e.g., traqueotomía, asma) | |
| <input type="checkbox"/> Predisposición a infecciones _____ (e.g., tejido expuesto, inmunodeficiencia) | |
| <input type="checkbox"/> Dependiente de tecnología: _____ (e.g.: succión, aparato de monitoreo, oxígeno) | |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ | |

2. Hasta donde sabemos, este estudiante no tiene necesidades especiales de salud que aumenten significativamente el riesgo en el programa acuático.

3. Dadas las condiciones anteriores, las recomendaciones son las siguientes (marque todas las que apliquen):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asistencia 1:1 | <input type="checkbox"/> Asistencia 1:1 (asistente de salud/enfermera) |
| <input type="checkbox"/> No se autoriza el deporte acuático ahora | <input type="checkbox"/> Otras precauciones especiales _____ |
| <input type="checkbox"/> Se requiere la autorización de un doctor para el deporte acuático (ver abajo) basada en las condiciones anteriores (ver punto # 1) y el Formulario de historial médico. | |

Enfermera de la escuela _____ Fecha _____

Firma

Formulario de autorización médica

Para ser completado sólo a solicitud de la enfermera escolar.

Querido doctor:

El Distrito Escolar Unificado de San Diego requiere su autorización y recomendaciones antes de que el estudiante mencionado arriba comience en el programa acuático. Por favor complete la porción inferior de esta página y devuélvala a la escuela

El doctor debe completar la siguiente porción.

Las siguientes precauciones adicionales son necesarias para mantener la salud y seguridad de este paciente en un programa escolar de natación:

No deseo que este paciente participe en un programa escolar de natación por el momento.

Nombre del médico _____ Firma _____

Número de teléfono _____ Fecha _____

Por favor devuelva a la enfermera escolar _____ número de teléfono _____

Escuela _____

Domicilio _____
