

THE SCHOOL DISTRICT OF OSCEOLA COUNTY, FLORIDA
CUESTIONARIO DE SALUD DEL ESTUDIANTE

C. Alergias <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
Son las alergias: <input type="checkbox"/> Moderadas <input type="checkbox"/> Severas	¿A qué es alérgico su hijo? (Marque todo lo que corresponda)	Favor de especificar:
Fecha de la última reacción grave: ____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Comidas:	
Alergia causada por: <input type="checkbox"/> ingestión <input type="checkbox"/> inhalación <input type="checkbox"/> contacto	<input type="checkbox"/> Picaduras/mordeduras de insectos:	
	<input type="checkbox"/> Medicamento:	
	<input type="checkbox"/> Plantas/ambiental:	
	<input type="checkbox"/> Desconocido	

¿Su hijo tiene intolerancia alimentaria? En caso afirmativo, especifique: _____

Por favor, marque todos los síntomas observados con reacción alérgica:

<input type="checkbox"/> Enrojecimiento	<input type="checkbox"/> Hinchazón severa	<input type="checkbox"/> Picazón	<input type="checkbox"/> Urticaria
<input type="checkbox"/> Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/> Hinchazón de labios/cara	<input type="checkbox"/> Pérdida de conocimiento	<input type="checkbox"/> Náuseas

Si su hijo tiene una reacción, ¿qué debe hacer para tratar los síntomas? _____

* Enumere todos los medicamentos que toma su hijo para las alergias en la sección B.
 ¿Se le ha recetado a su hijo un autoinyector de epinefrina para utilizar en caso de emergencia? No Sí

D. Asma No Sí

¿Ha estado su hijo hospitalizado alguna vez por asma? No Sí En caso afirmativo, ¿cuándo fue la última hospitalización? _____

¿Qué síntomas experimenta su hijo durante un episodio de asma?

Dificultad para respirar Tos Sibilancias Dolor/malestar en el pecho Otro: _____

¿Qué causa el asma de su hijo? (marque todo lo que corresponda)		Medicamentos prescritos actualmente: <input type="checkbox"/> Inhalador (rescate) <input type="checkbox"/> Inhalador (controlador) <input type="checkbox"/> Nebulizador <input type="checkbox"/> Esteroides orales <input type="checkbox"/> Antihistamínicos orales *Por favor, enumere todos los medicamentos en la sección B.
Causa:	Favor de especificar/explicar:	
<input type="checkbox"/> Ejercicio		
<input type="checkbox"/> Ambiente		
<input type="checkbox"/> Comidas		
<input type="checkbox"/> Desconocido		
<input type="checkbox"/> Otro		

E. Diabetes No Sí (En caso afirmativo, facilite un Plan de control médico de la diabetes actual del proveedor de su hijo)

Medicamentos y tratamientos prescritos actualmente (Marque todas las que correspondan y enumere los medicamentos en la sección B.)

Insulina vía: Jeringuilla Pluma Pompa
 Análisis de azúcar en sangre Glucagón Medicamentos orales Monitorización continua de la glucosa

***Se recomienda que se proporcione a la escuela un juego completo de suministros para diabéticos (insulina, glucagón, azúcar de acción rápida, tentempié proteínico, glucómetro, etc.) para un estudiante con diabetes, incluso si el estudiante tiene permiso para llevar estos artículos consigo mismo.**

¿Qué síntomas presenta su hijo cuando tiene un nivel bajo de azúcar en sangre?	¿Qué síntomas presenta su hijo cuando tiene un nivel alto de azúcar en sangre?
---	---

¿Reconoce su hijo los síntomas de un nivel bajo de azúcar en sangre? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Reconoce su hijo los síntomas de un nivel alto de azúcar en sangre? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
--	--

F. Trastorno convulsivo No Sí (En caso afirmativo, facilítenos un plan de acción contra las convulsiones del pediatra de su hijo.)

Tipo de convulsión: <input type="checkbox"/> Convulsivo <input type="checkbox"/> No-Convulsivo	¿Qué síntomas tiene su hijo al tener una convulsión?
Favor de especificar:	

Fecha de la última convulsión:	Tiempo de duración:	Causas conocidas:	¿Un médico le ha recetado un medicamento de emergencia para las convulsiones? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
--------------------------------	---------------------	-------------------	---

Medicamentos: Enumere todos los medicamentos que el estudiante toma para las convulsiones en la sección B.

¿Se requiere alguna restricción de actividad física? No Sí
 * En caso afirmativo, la escuela debe tener documentación médica de un proveedor archivada para adaptarse a cualquier restricción.

PARA USO EXCLUSIVO DE ENFERMEROS DEL DISTRITO: Plan de cuidado No Sí Firma del enfermero: _____ Fecha: _____