



Escuela para Ciegos del Estado de Washington

2214 E. 13th St. · Vancouver, Washington 98661-4120

(360) 696-6321 · FAX # (360) 737-2120



Formulario de evaluación médica para la asistencia a la escuela y deportes escolares

Este formulario es válido durante 2 años y debe renovarse cada dos años. Solicitado para los estudiantes que toman medicamentos de rutina, si un estudiante presenta una condición de salud que amenaza la vida o participa en deportes escolares.

Nombre del alumno

Sexo asignado al nacer

Identidad de género

Examen

Estatura

Peso

TA

Pulso

Vista

Corregida

Sí

D 20/ I 20/

No

Asuntos médicos

Normal

Hallazgos anormales

Aspecto

- Estigmas de Marfan (cifoesciosis, paladar ojival, pectus excavatum, aracnodactilia, envergadura del brazo > estatura, hiperlaxitud, miopía, prolapso de la válvula mitral (MVP, por sus siglas en inglés), insuficiencia aórtica).

Ojos/oídos/nariz/garganta

- Pupilas isocóricas
- Audición

Ganglios linfáticos

Corazón ^a

- Soplos cardiacos
- Punto de máximo impulso (PMI)

Pulsos

- Pulsos femorales y radiales simultáneos

Pulmones

Abdomen

Genitourinario (sólo varones)^b

Piel

- VHS, lesiones sugestivas de MRSA, tiña del cuerpo (tinea corporis)

Neurológico ^c



Musculoesquelético

Normal Hallazgos anormales

Cuello

Espalda

Hombro/brazo

Codo/antebrazo

Muñeca/mano/dedos

Cadera/muslo

Rodilla

Pierna/tobillo

Pie/dedos de los pies

Funcional

- Marcha de pato, saltos sobre una pierna



Diagnósticos

Enumere los diagnósticos médicos

¿Tiene el alumno un trastorno convulsivo?

Sí No

En caso afirmativo, adjunte el plan de acción contra las convulsiones que se utilizará en la escuela.

Si procede, describa la actividad convulsiva e indique el tipo de trastorno convulsivo (gran mal, pequeño mal, etc.)

¿Tiene el alumno una derivación?

Sí No

En caso afirmativo, ¿de qué tipo?

¿Se le ha diagnosticado al alumno un trastorno endocrino?

Sí No

En caso afirmativo, adjunte un plan que se utilizará en la escuela.

¿Se le ha diagnosticado asma al alumno?

Sí No

En caso afirmativo, adjunte un plan de acción contra el asma para utilizar en la escuela.

¿Tiene el alumno alguna alergia alimentaria, medicamentosa o ambiental?

Sí No

En caso afirmativo, indique las alergias conocidas.



¿Tiene el alumno alguna restricción alimentaria o dieta especial?

Sí No

Describe cómo afecta al alumno la ingestión o el contacto con los alimentos

Qué alimentos específicos deben omitirse en la dieta del estudiante.

Enumere los alimentos y bebidas que deben sustituirse, suministrarse o modificarse.

¿Tiene el alumno alguna restricción de actividad?

Sí No

En caso afirmativo, describa

¿Durante cuánto tiempo será necesaria esta restricción de actividad?

¿El alumno tiene o corre el riesgo de tener un desprendimiento de retina?

Sí No

En caso afirmativo, describa



Medicamentos

¿El estudiante tomará la medicación prescrita mientras esté en la WSSB?

Sí No

En caso afirmativo, complete la tabla siguiente.

Nombre del medicamento	Dosis	Hora de administración y forma de administración	Motivo de la medicación y efectos secundarios a tener en cuenta

Nota: Los medicamentos DEBEN entregarse a las enfermeras de la WSSB en los envases originales según RCW 28A.210.260(6).

Profesional médico, por favor tache los medicamentos/preparados de venta libre que el estudiante NO puede tomar mientras esté en WSSB:

Oral

Tylenol	Cetirizina	Tums
Advil	Robitussin DM	Mylanta
Aleve	Guaifenesina	Docusato de sodio
Benadryl	Fenilefrina	MiraLAX
Loratadina	Pastillas para la tos	Melatonina

Tópico

gel para el alivio de quemaduras	tratamiento para el herpes labial	Ungüento antibiótico
Vaselina	Tolnaftate	Protector solar
Pomada para aliviar las picaduras c/lidocaína	Toallitas con alcohol	Gel de aloe vera
Bálsamo labial	Crema con hidrocortisona	Vick VapoRub



Actividades

Profesional médico, tenga en cuenta: WSSB ofrece una variedad de actividades y deportes que no se encuentran tradicionalmente en la escuela pública, por favor lea cuidadosamente la actividad y los deportes listados abajo y considere los riesgos médicos de los estudiantes, tales como derivación VP, trastorno convulsivo, riesgo de desprendimiento de retina, etc. Todos los deportes y actividades patrocinados por la escuela son supervisados, y se tiene en cuenta la ceguera / baja visión del estudiante.

Favor de tachar las actividades o deportes en los que el alumno no pueda participar.

Actividades ofrecidas:

Esquí alpino	Bicicleta doble	Atletismo
Esquí a campo traviesa	Yoga	Baloncesto
Esquí con moto de nieve	Navegación con remos	Tiro con arco
Zona de camas elásticas	Artes marciales	Natación
Equitación	Senderismo	

Deportes ofrecidos:

Levantamiento de potencia Golbol

Autorizado para todos los deportes y actividades

Sí No

Excepto:

He examinado al alumno arriba mencionado y he completado la evaluación física previa a la participación. El atleta no presenta contraindicaciones clínicas aparentes para la práctica en el(los) deporte(s) arriba indicado(s). Una copia del examen físico está registrada en mi consultorio y puede ser entregada a la escuela a petición de los padres. Si surgen condiciones después de que el atleta haya sido autorizado para participar, el profesional médico puede rescindir la autorización hasta que se resuelva el problema y se expliquen completamente las posibles consecuencias al estudiante/atleta (y a los padres/tutores).

Nombre del profesional médico (en letra de molde o a máquina)

Fecha

Domicilio

Teléfono

Firma del profesional médico

*Este formulario tiene una validez de 2 años a partir de la fecha firmada por el profesional médico arriba indicado.