



Escuela para Ciegos del Estado de Washington

2214 E. 13th St. · Vancouver, Washington 98661-4120
(360) 696-6321 · FAX # (360) 737-2120



Cuestionario de salud y consentimiento del tutor del centro de salud

Este formulario debe cumplimentarse anualmente al comienzo de cada curso escolar. Lea detenidamente cada sección y marque todas las casillas correspondientes. No deje ninguna sección en blanco.

FAVOR DE TOMAR EN CUENTA: Las enfermeras de WSSB no pueden administrar medicamentos recetados a los alumnos sin el formulario de Evaluación Médica para Asistencia Escolar y Deportes Escolares debidamente completado y firmado.

Nombre del alumno

Nombre del tutor

Fecha de nacimiento

Teléfono

Sexo asignado al nacer

Correo electrónico

Identidad de género

1. Información médica, tratamiento y comunicación

Comentarios

¿El alumno padece alguna condición médica o que sea potencialmente mortal, como asma, epilepsia, anafilaxia, diabetes o una derivación?

Sí No

¿El alumno corre riesgo de desprendimiento de retina?

Sí No

¿El alumno padece una alergia potencialmente mortal?

Sí No

Los profesionales sanitarios locales autorizados y los profesionales sanitarios autorizados contratados por WSSB pueden prestar asistencia médica urgente según sea necesario. (La atención no urgente debe continuar en casa).

Sí No

Las enfermeras pueden proporcionar el nivel de cuidados adecuado.

Sí No

Las enfermeras pueden transmitir al personal que trabaja con mi alumno información médica y sobre la salud del alumno que se mantendrá confidencial, según consideren beneficioso.

Sí No

¿El alumno tiene alguna restricción alimentaria o dieta especial?

Sí No

¿El alumno tiene alguna restricción de actividad?

Sí No

Las enfermeras de WSSB pueden hacer pruebas a mi alumno de COVID 19, Influenza y/o Estreptococo A, según sea necesario.

Sí No

Firma del tutor

Fecha



2. Administración de medicamentos de venta libre

Tenga en cuenta: Las enfermeras de WSSB tienen una lista completa de las prescripciones permanentes de medicamentos para administrar a los estudiantes. Sin un expediente médico firmado, paracetamol (Tylenol), ibuprofeno (Motrin), difenhidramina (Benadryl), antiácidos y jarabe para la tos son los únicos medicamentos de venta libre que se pueden administrar.

Las enfermeras y el personal delegado de la WSSB pueden administrar medicamentos sin receta médica y medicamentos recetados por un profesional sanitario autorizado.

Sí No

¿El alumno tiene restricciones de medicamentos de venta libre?

Sí No

Indique los medicamentos que el alumno NO PUEDE tomar:

Firma del tutor

Fecha

3. Medicamentos recetados o de venta libre de uso regular

Mi alumno tomará un medicamento recetado regularmente mientras esté en WSSB. En caso afirmativo, el médico de atención primaria del alumno deberá completar la evaluación médica para la asistencia a la escuela y el Formulario de Deportes Escolares.

Sí No

Mi estudiante tomará un medicamento recetado, según sea necesario, para una condición médica durante su estancia en la WSSB. (Por ejemplo, migrañas).

Sí No

El alumno tomará un medicamento de venta libre programado regularmente durante su estancia en la WSSB.

Sí No

Nota: Los medicamentos DEBEN entregarse a las enfermeras de la WSSB en envases originales, debidamente etiquetados según RCW 28A.210.260(6) No se aceptarán medicamentos en bolsitas, envases semanales de píldoras, etc. y es posible que no se permita al alumno residir en el campus hasta que se entreguen los medicamentos debidamente etiquetados.

Firma del tutor

Fecha

4. Medicación - Otros

Considero que mi alumno es capaz de transportar su medicación de forma segura en caso de que un monitor no esté disponible para el transporte. (Por ejemplo, estudiantes que toman un vuelo o el tren).

Sí No

Me comprometo a informar al Centro de Salud de la medicación enviada, cantidad y motivo de la misma.

Sí No

Doy mi consentimiento para que el alumno participe en el Programa de Medicamentos Autodirigidos Supervisado por Enfermeras de la WSSB. Puede solicitar más información sobre este programa en el Centro de Salud.

Sí No

Autorización para la administración de medicamentos en WSSB

Como tutor legal de _____ solicito que la medicación sea administrada a mi hijo por un miembro del personal de la WSSB de acuerdo con las instrucciones de mi profesional sanitario autorizado.

La medicación se administrará en la WSSB o en excursiones autorizadas por la WSSB. Notificaré a la escuela inmediatamente si existe algún cambio de profesional sanitario autorizado o si el medicamento o las dosis cambian.

Estoy de acuerdo en proporcionar a las enfermeras de la WSSB medicamentos recetados y de venta libre que estén debidamente etiquetados con la siguiente información: fecha, nombre del estudiante, nombre del medicamento, dosis, razón por la que necesita el medicamento, cantidad de medicamento que se suministra, método de administración, hora de administración, efectos secundarios a tener en cuenta, firma del tutor y firma del profesional sanitario autorizado.

Entiendo que los medicamentos no proporcionados en los envases originales y debidamente etiquetados, no serán entregados al alumno. Es posible que el estudiante no pueda residir en WSSB hasta que los medicamentos sean proporcionados con el etiquetado apropiado.

Firma del tutor

Fecha



5. Cuestionario de salud

Preguntas generales

1. ¿Alguna vez un médico ha denegado o restringido la actividad deportiva del alumno por algún motivo?

Sí No No estoy seguro.

2. ¿El alumno padece alguna enfermedad?

Sí No No estoy seguro.

En caso afirmativo, indíquelo a continuación:

Asma Anemia Diabetes Infecciones Otros:

3. ¿El alumno ha pasado alguna noche en el hospital?

Sí No No estoy seguro.

4. ¿Han operado al alumno alguna vez?

Sí No No estoy seguro.

Preguntas sobre la salud cardíaca del alumno

5. ¿Alguna vez se ha desmayado o ha estado a punto de desmayarse DURANTE o DESPUÉS del ejercicio?

Sí No No estoy seguro.

6. ¿Ha tenido alguna vez molestias, dolor, opresión o presión en el pecho durante el ejercicio?

Sí No No estoy seguro.

7. ¿El corazón del alumno se acelera o se salta latidos durante el ejercicio?

Sí No No estoy seguro.

8. ¿Le ha dicho alguna vez un médico al alumno que padece algún problema de corazón?

Sí No No estoy seguro.

En caso afirmativo, marque todas las casillas que correspondan:

Tensión arterial alta Colesterol alto Enfermedad de Kawasaki
Soplo cardíaco Infección cardíaca Otros:

9. ¿Ha solicitado alguna vez un médico una prueba para el corazón del alumno? (Por ejemplo, ECG/electrocardiograma, ecocardiograma)

Sí No No estoy seguro.

10. ¿Antecedentes de sensación de mareo o más falta de aire de lo esperado durante el ejercicio?

Sí No No estoy seguro.

11. ¿El alumno ha padecido alguna vez una convulsión inexplicable?

Sí No No estoy seguro.

12. ¿Tiene antecedentes de sentirse más cansado o con dificultad para respirar en comparación con sus amigos durante el ejercicio?

Sí No No estoy seguro.

Preguntas sobre la salud cardiaca familiar del alumno

13. ¿Ha fallecido algún familiar o pariente por problemas cardiacos o ha tenido una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de los 50 años (incluido ahogamiento, accidente de coche inexplicable o síndrome de muerte súbita del lactante)?

Sí No No estoy seguro.

14. ¿Algún miembro de la familia del alumno padece miocardiopatía hipertrófica, síndrome de Marfan, miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho, síndrome de QT largo, síndrome de QT corto, síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica?

Sí No No estoy seguro.

15. ¿Algún miembro de la familia del alumno tiene problemas de corazón, marcapasos o desfibrilador implantado?

Sí No No estoy seguro.

16. ¿Algún miembro de la familia del alumno ha sufrido desmayos inexplicables, ha tenido convulsiones inexplicables o casi ahogamiento inexplicable?

Sí No No estoy seguro.

Preguntas sobre huesos y articulaciones

17. ¿Antecedentes de lesiones óseas, musculares, ligamentosas o tendinosas que hayan obligado al alumno a perderse un entrenamiento o un partido?

Sí No No estoy seguro.

18. ¿El alumno ha tenido alguna fractura o luxación de huesos?

Sí No No estoy seguro.

19. ¿El alumno ha tenido alguna lesión que haya requerido radiografías, resonancia magnética, tomografía computarizada, inyecciones, terapia, un aparato ortopédico, una escayola o muletas?

Sí No No estoy seguro.

20. ¿El estudiante ha tenido alguna vez una fractura por fatiga?

Sí No No estoy seguro.

21. ¿Le han comentado alguna vez si el alumno padece inestabilidad cervical o atlantoaxial?

Sí No No estoy seguro.

22. ¿El estudiante utiliza regularmente un aparato ortopédico u otro dispositivo?

Sí No No estoy seguro.

23. ¿El alumno padece alguna lesión ósea, muscular o articular?

Sí No No estoy seguro.

24. ¿Tiene antecedentes de articulaciones inflamadas o dolorosas?

Sí No No estoy seguro.

25. ¿Tiene algún antecedente de artritis juvenil o enfermedad del tejido conjuntivo?

Sí No No estoy seguro.



Preguntas médicas

- 26. ¿El alumno tose, tiene sibilancias o dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?**
Sí No No estoy seguro.
- 27. ¿El alumno ha utilizado alguna vez un inhalador o ha tomado medicamentos para el asma?**
Sí No No estoy seguro.
- 28. ¿Tiene algún familiar que padezca asma?**
Sí No No estoy seguro.
- 29. ¿Ha perdido un riñón, un ojo, un testículo, el bazo o cualquier otro órgano?**
Sí No No estoy seguro.
- 30. ¿El alumno presenta dolor en la ingle, bulto doloroso, hernia en la ingle?**
Sí No No estoy seguro.
- 31. ¿Antecedentes de mononucleosis infecciosa (mono) en el último mes?**
Sí No No estoy seguro.
- 32. ¿Antecedentes de erupciones, úlceras por presión u otros problemas cutáneos?**
Sí No No estoy seguro.
- 33. ¿Antecedentes de infección cutánea por herpes o MRSA?**
Sí No No estoy seguro.
- 34. ¿Antecedentes de traumatismo craneal o conmoción cerebral?**
Sí No No estoy seguro.
- 35. ¿Antecedentes de un golpe en la cabeza que haya causado confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?**
Sí No No estoy seguro.
- 36. ¿El alumno tiene antecedentes de trastornos convulsivos?**
Sí No No estoy seguro.
- 37. ¿El alumno presenta dolores de cabeza con el ejercicio?**
Sí No No estoy seguro.
- 38. ¿Historial de hormigueo, debilidad en brazos o piernas tras golpes o caídas?**
Sí No No estoy seguro.
- 39. ¿Alguna vez ha sido incapaz de mover los brazos o las piernas tras un golpe o una caída?**
Sí No No estoy seguro.
- 40. ¿Antecedentes de haber enfermado haciendo ejercicio con calor?**
Sí No No estoy seguro.
- 41. ¿Antecedentes de calambres musculares frecuentes al hacer ejercicio?**
Sí No No estoy seguro.
- 42. ¿Antecedentes familiares de rasgo o enfermedad drepanocítica?**
Sí No No estoy seguro.

43. ¿Antecedentes de lesiones oculares?

Sí No No estoy seguro.

44. ¿El alumno utiliza lentes o lentes de contacto?

Sí No No estoy seguro.

45. ¿Uso de gafas protectoras, como gafas o una careta?

Sí No No estoy seguro.

46. ¿Al alumno le preocupa su peso?

Sí No No estoy seguro.

47. ¿Se le ha aconsejado al alumno que gane o pierda peso?

Sí No No estoy seguro.

48. ¿Tiene alguna dieta especial o tiene que evitar ciertos tipos de alimentos?

Sí No No estoy seguro.

49. ¿Historial de desórdenes alimenticios?

Sí No No estoy seguro.

50. ¿La alumna ha tenido el periodo menstrual?

Sí No No estoy seguro. No corresponde.

51. Edad de la primera menstruación?

No corresponde.

52. ¿Cuántos periodos en los últimos 12 meses?

No corresponde.



Indique explicaciones adicionales de las respuestas afirmativas aquí

Declaro que, a mi leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas.

Firma del tutor

Fecha