

תרגום בספרדית בלבד-לא למילוי

Solo traducción- no llenar!



Ministerio de Educación

Declaración Sanitaria Anual en español

Declaración de salud para el curso escolar año: 2024

Jardin de infantes

Estimados padres/madres, se deberá llenar esta declaración de salud anual para cada estudiante por separado, con el objetivo de proporcionar información completa y detallada que permitirá al equipo educativo de la escuela conocer diversas limitaciones de salud que pueda haber.

- En los apartados donde usted indique que existe un problema médico, deberá especificar cuál es el problema y detallarlo si es necesario. Si no lo encuentra en la lista, es obligatorio especificarlo.
- Como parte del comunicado, se presenta el detalle de las vacunaciones de rutina y las pruebas de detección según los grados de educación y según clases, impartidas a los estudiantes de la institución educativa.
- Obligatorio adjuntar todos los documentos médicos pertinentes.
- Marque: sí/no, si marcó sí, complete los detalles debajo de la pregunta.
- Todas las preguntas son obligatorias.

Se completará por separado para cada niño

NOMBRE DEL NIÑO:

NÚMERO DE IDENTIDAD:

CLASE:

COLEGIO:

Declaración de los padres sobre el estado de salud del estudiante

1. ¿Existe alguna limitación de salud que impida al estudiante participar en las actividades escolares? SI / NO

En caso afirmativa, especifique la actividad en la que no puede participar:

- ☐ Viaje/paseos
- ☐ Actividad en el gimnasio
- ☐ Ejercicio
- ☐ Competición deportiva escolar
- ☐ Otra actividad

Detalle: _____

*A este formulario se deberá adjuntar un documento médico que detalle la discapacidad del estudiante.

2. Mi hijo tiene una enfermedad crónica

SÍ/NO

Si es así, precise:

- ☐ Asma
- ☐ Epilepsia
- ☐ Problema cardiológico
- ☐ Trasplante de órganos
- ☐ Enfermedad maligna, tratamiento de quimioterapia
- ☐ Enfermedad intestinal
- ☐ Enfermedad de Crohn
- ☐ Colitis
- ☐ Enfermedad de la piel distrofia muscular
- ☐ Distrofia muscular de Duchenne
- ☐ Diabetes tipo 1
- ☐ Diabetes juvenil
- ☐ Enfermedad celíaca
- ☐ Coágulos de sangre
- ☐ Coágulos de sangre por hemofilia
- ☐ Trombocitopenia
- ☐ G6PD

Otro problema crónico: _____

3. Mi hijo/a toma remedios/medicamentos en forma permanente: SÍ/NO

En caso afirmación, especifique cuáles:

4. Mi hijo/a es alérgico/a ciertos medicamentos: SÍ/NO

En caso afirmación, especifique cuáles:

5. Mi hijo/a sufre de intolerancia o alergia: SÍ / NO

En caso afirmación, especifique qué:

- ☐ Nueces
- ☐ Maní/Cacahuates
- ☐ Huevos
- ☐ Gluten (trigo)
- ☐ Miel
- ☐ Pescado
- ☐ Levadura
- ☐ Anginas
- ☐ Otro material/comida
- ☐ Picadura de avispa
- ☐ Habas
- ☐ Plantas (polen)
- ☐ Ácaro del polvo doméstico
- ☐ Kiwi
- ☐ Sésamo/Ajonjolí
- ☐ Látex de soja con leche yodada
- ☐ Picadura de abeja
- ☐ Picadura de mosquito

Otros: _____

Nota: *De ser necesario y según recomendación de un médico, llevar consigo una jeringa personal de EpiPen.

6. ¿El alumno tiene un EpiPen personal? Si/ no

7. Soy responsable de asegurarme de que el personal del jardín reciba instrucciones sobre los primeros auxilios requeridos

8. Servicios de salud Estudiantil:

Confirmando que parte de los servicios se someterá a un examen o instrucción-

Prueba de ojo vago

Salud dental para prevenir caries

9-Personas de contacto en caso de problema médico:

NOMBRE:

Teléfono:

NOMBRE:

Teléfono:

Autorizo el suministro de información y/o el traslado de la declaración de salud al personal educativo y/o al personal de salud estudiantil del colegio en nombre del Ministerio de Salud y/o cualquier persona en su nombre en todos los asuntos relacionados con el estado de salud de mi hijo/hija y me comprometo a notificar al maestro/a de clase sobre cualquier cambio o restricción, temporal o permanente, que aplicará a su condición de salud.

Autorización declarado por: _____

Fecha : _____

Firma : _____