

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: 20____

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:

Parte I - 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

Parte B - Servicios de salud estudiantil prestados por el Ministerio de Salud, en virtud de la Ley del Seguro Estatal de Salud

- El servicio se brinda según los distritos del Ministerio de Salud - relacionado al programa de vacunación para estudiantes de las escuelas del Ministerio de Salud.
- Cada año su firma es válida según los servicios prestados según el grupo de edad en el que estudia tu hijo:

Administración de vacunas	Salud dental	Exámen auditivo	Exámen de visión	Evaluación del crecimiento (medida del peso corporal y la altura)	Clase
• Vacuna combinada: (MMRV) Contra el sarampión, la rubéola y la varicela	✓	✓	✓	✓	א'
• Vacuna combinada (Tdap+Ipv): Contra la tos ferina, la tos ferina y la polio*	✓	Por completar	Por completar		ב'
*Gripe	✓				ג'
*Gripe	✓				ד'
	✓				ה'
	✓				ו'
	✓			✓	ז'
• Vacuna combinada (Tdap): Contra el tétanos, la difteria y la tos ferina •Vacunación contra las infecciones causadas por el virus del papiloma (VPH)**	✓		✓		ח'
	✓		Por completar		ט'

Las vacunas se completarán cada año según sea necesario, y las pruebas de detección (vista y audición) se realizarán el año siguiente para el estudiante que no se realizó la prueba.

En educación especial las vacunas se aplican según la edad del alumno

*La vacuna en los distritos Sur y Norte (Ministerio de Salud) también se puede aplicar a estudiantes de primer grado

**La vacuna contra el papiloma en los distritos Sur, Centro, Haifa y Norte (sin el distrito de Safed), la primera dosis se administrará en el séptimo grado.

***Vacuna contra la influenza: en educación especial, la vacuna se administra a los estudiantes de 1.º a 6.º grado.

7. Confirmando que como parte de los servicios de salud para el estudiante, mi hijo recibirá la vacunación de acuerdo al programa de vacunación establecido por el Ministerio de Salud.

Sí No

Si no hay consentimiento para algunas de las vacunas, especifique: _____

8. ¿Tuvo el estudiante una reacción inusual a la administración de la vacuna? **Sí No**

Detalle:

9. Consentimiento para participar en pruebas de detección como parte de los servicios de salud que determine el Ministerio de Salud. **Sí No**

Si no hay consentimiento para alguna de las pruebas, se deberá especificar:

Detalle: _____

- 10. Consentimiento para recibir SMS y mensajes de correo electrónico sobre vacunas, pruebas de detección y resultados de las pruebas de detección como parte de los servicios de salud para el estudiante. Sí / NO**

- 11. 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 : _____