

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE SAN DIEGO

**Programa de natación: Formulario de historial médico**

El formulario debe ser completado por uno de los padres o un tutor. Use letra de imprenta

Nota: Los programas de natación conllevan ciertos riesgos inherentes para todos los niños (e.g.: ahogo, lesiones, infecciones), los estudiantes con necesidades especiales, de desarrollo, o de conducta pueden tener riesgos mayores. Un programa de natación en un plantel puede no ser apropiado para esos estudiantes. (Este formulario debe ser actualizado anualmente, o más frecuentemente si así se indica).

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Nombre del padre/madre \_\_\_\_\_

Domicilio del estudiante \_\_\_\_\_

Teléfono: Hogar \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Emergencia \_\_\_\_\_

Médico del estudiante \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Compañía de seguro (si la sabe) \_\_\_\_\_

Titular de la póliza (o número de póliza) \_\_\_\_\_

Enumere **todos** los medicamentos (hogar y escuela) \_\_\_\_\_

Enumere **todas** las alergias del estudiante (a medicamentos, alimentos, ambientales) \_\_\_\_\_

**Preguntas generales**

Ha tenido o tiene este estudiante algunos de los siguientes:

**SÍ NO**

- |                          |                          |  |                                   |
|--------------------------|--------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. ¿Una reciente lesión, padecimiento o enfermedad infecciosa?   |                                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. ¿Una condición/enfermedad crónica o recurrente?   |                                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. ¿Usa lentes, lentes de contacto, o protector para los ojos?   |                                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. ¿Frecuentes infecciones del oído?   |                                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. ¿Tubos en el oído? ¿Están los tubos en su lugar actualmente?  |                                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. ¿Se ha desmayado durante o después del ejercicio?   | Última fecha en que ocurrió _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. ¿Ha tenido convulsiones?  | Última fecha en que ocurrió _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. ¿Dolor de pecho durante o después del ejercicio?  | Última fecha en que ocurrió _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. ¿Ha tenido alta presión sanguínea?  | Última fecha en que ocurrió _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. ¿Ha tenido diagnóstico de soplo cardiaco?  | Última fecha en que ocurrió _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. ¿Ha tenido mareos durante o después del ejercicio?   |                                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. ¿Ha tenido problemas de articulaciones o de movilidad (e.g.: rodillas, tobillos)?                            |                                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13. ¿Ha tenido problemas de piel (comezón, sarpullido, etc.)?  |                                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14. ¿Tiene diabetes? _____ Tipo 1 _____ Tipo 2 _____ diabetes insípida   |                                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15. ¿Tiene asma o asma causada por el ejercicio?   |                                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16. ¿Tiene problemas de diarrea, constipación, o control de esfínteres?  |                                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 17. ¿ <b>Para niñas:</b> ¿Menstrúa (tiene la regla)?   |                                   |
|                          |                          | 18. Enumere cualquier otra restricción o problema de salud que pueda afectar a su hijo/a cuando está en el agua. |                                   |
|                          |                          | 19. Por favor enumere y explique cualquier restricción adicional que no esté incluida arriba.                    |                                   |

Por favor explique cualquier respuesta afirmativa (Sí) a las preguntas anteriores anotando el número de la(s) pregunta(s):

\_\_\_\_\_

**Autorización de padres/tutores**

Este historial de salud es correcto y está completo según mis conocimientos. Estoy de acuerdo en permitir que la escuela contacte al médico de mi hijo/a y a que tenga acceso a la información médica que tiene el doctor, si fuera necesario (ver el reverso de esta página).

Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Favor de devolver le formulario al maestro de su hijo/a: \_\_\_\_\_ o a la enfermera escolar \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Nota:** Debe completar el reverso de este formulario **sólo** si la enfermera de la escuela indica que se requiere.

# Programa de natación: Formulario de autorización médica

Debe completarse a discreción de la enfermera escolar, con las recomendaciones del programa acuático, después de revisar el formulario de autorización médica. Ver reverso.

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Contacto escolar \_\_\_\_\_ Teléfono de la escuela \_\_\_\_\_

## 1. Las características especiales que pueden afectar la seguridad del alumno en el programa acuático

**son** (marque todas las que apliquen):

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Conducta impredecible   | <input type="checkbox"/> Incontinencia fecal                                  |
| <input type="checkbox"/> Tubo gástrico   | <input type="checkbox"/> Catéter central intravenoso o periférico             |
| <input type="checkbox"/> Tubo de yeyunostomía  | <input type="checkbox"/> Deficiencia funcional del sistema musculoesquelético |
| <input type="checkbox"/> Severo retraso cognitivo  | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus no controlada                      |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad renal  | <input type="checkbox"/> Trastornos convulsivos                               |
| <input type="checkbox"/> Riesgo respiratorio potencial _____ (e.g., traqueotomía, asma)                  |   |
| <input type="checkbox"/> Predisposición a infecciones _____ (e.g., tejido expuesto, inmunodeficiencia)   |   |
| <input type="checkbox"/> Dependiente de tecnología: _____ (e.g.: succión, aparato de monitoreo, oxígeno) |   |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____  |   |

## 2. Hasta donde sabemos, este estudiante no tiene necesidades especiales de salud que aumenten significativamente el riesgo en el programa acuático.

## 3. Dadas las condiciones anteriores, las recomendaciones son las siguientes (marque todas las que apliquen):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asistencia 1:1  | <input type="checkbox"/> Asistencia 1:1 (asistente de salud/enfermera) |
| <input type="checkbox"/> No se autoriza el deporte acuático ahora  | <input type="checkbox"/> Otras precauciones especiales _____           |
| <input type="checkbox"/> Se requiere la autorización de un doctor para el deporte acuático (ver abajo) basada en las condiciones anteriores (ver punto # 1) y el Formulario de historial médico. |  |

Enfermera de la escuela \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma

## Formulario de autorización médica

Para ser completado sólo a solicitud de la enfermera escolar.

Querido doctor:

El Distrito Escolar Unificado de San Diego requiere su autorización y recomendaciones antes de que el estudiante mencionado arriba comience en el programa acuático. Por favor complete la porción inferior de esta página y devuélvala a la escuela

### El doctor debe completar la siguiente porción.

Las siguientes precauciones adicionales son necesarias para mantener la salud y seguridad de este paciente en un programa escolar de natación:

No deseo que este paciente participe en un programa escolar de natación por el momento.

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Por favor devuelva a la enfermera escolar \_\_\_\_\_ número de teléfono \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_