

Distrito Escolar #1 del Condado de San Juan

Información de salud

Student Name: _____

La siguiente información se considera confidencial y es para uso de los maestros, directores, personal de enfermería/salud de la escuela u otro personal que estará en contacto con su hijo y será responsable de él durante el día escolar. Si prefiere hablar personalmente con la enfermera/personal de salud de la escuela con respecto a cualquiera de las siguientes declaraciones, marque aquí _____ y ella se comunicará con usted.

MARQUE CUALQUIERA DE ESTAS CONDICIONES QUE TIENE SU HIJO:

____ Cáncer ____ Enfermedad renal/vejiga ____ Problemas de la vista ____ AGREGAR
____ Diabetes ____ Convulsiones, Convulsiones ____ Escuchando problemas ____ TDAH
____ Cardiopatía ____ Ortopédico/Hueso ____ Preocupaciones sociales/emocionales/de comportamiento
____ autismo ____ Preocupaciones intestinales ____ En Consejería

____ Alergia a: _____ Grave Sí ____ No ____

____ asma Provocado por _____ Severo Sí ____

No ____

____ Cirugía Por favor

enumere: _____

Este estudiante alguna vez: ¿Se ha desmayado durante o después del ejercicio? Sí No ____

¿Tuvo dolor torácico intenso durante o después del ejercicio? Sí ____ No ____ ¿Se cansa con demasiada facilidad, en comparación con los amigos? Sí No ____

¿Le han dicho que tiene un soplo en el corazón? Sí No ____

¿Sintió palpitaciones en el corazón o se saltó latidos? Sí No ____

¿Alguien en su familia inmediata murió de problemas cardíacos o murió repentinamente antes de los 50 años? Sí No ____

¿Se le ha negado la participación en deportes? Sí No ____

¿Tienes seguro médico? Sí ____ No ____ ¿De qué tipo? _____

¿La(s) condición(es) anterior(es) ha(n) sido diagnosticada(s) por un médico? Sí No ____

En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre del médico? _____

¿Podemos obtener esta información? Sí ____ No ____ En caso afirmativo, por favor firme una liberación de información obtenida de la oficina de la escuela.

¿Qué hace el niño para manejar su propia condición? _____

¿Cómo puede ayudar el maestro con esto en la escuela? _____

¿Qué síntomas debemos informarle? _____

Toma Medicamentos Diariamente en ____ Casa ____ Escuela

El medicamento es:

Para: _____

SI SU HIJO DEBE RECIBIR MEDICAMENTOS MIENTRAS ESTÁ EN LA ESCUELA, UN FORMULARIO DE "PERMISO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA" DEBE SER COMPLETADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO TRATANTE Y LOS PADRES O TUTOR(ES) LEGAL(ES) DEL NIÑO. USTED PUEDE OBTENER ESTOS EN LA OFICINA DE LA ESCUELA.

Proporcione cualquier información no incluida anteriormente que crea que deberíamos saber sobre la salud física, mental o emocional de su hijo que podría afectar el rendimiento escolar o requerir una consideración especial (es decir, limitaciones en las actividades, etc.).

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

Distrito Escolar del Condado de San Juan #1 Información de Emergencia y Salud Estudiantil

Estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Grado _____

Padre _____ Teléfono/Celular/Número de trabajo _____

Nombre del médico _____ Número de teléfono _____

Nombre del dentista _____ Número de teléfono _____

Contacto de emergencia _____ Número de teléfono _____

Relación _____

PERMISO DE ATENCIÓN DE EMERGENCIA

Yo, el abajo firmante, por la presente autorizo a los funcionarios del Distrito Escolar #1 de Silverton a comunicarse directamente con las personas que figuran en este formulario, y autorizo al médico o dentista mencionado para que reciba el tratamiento que se considere necesario en caso de emergencia, para la salud de dicho niño. En caso de que su médico, otras personas nombradas en este formulario o los padres no puedan ser contactados, los funcionarios escolares están autorizados a tomar las medidas que consideren necesarias a su juicio, para la salud de dicho niño. No responsabilizaré financieramente al distrito escolar por la atención de emergencia o el transporte de dicho niño.

Firma del Padre / Tutor

Fecha

PERMISO DE LA CLÍNICA DE SILVERTON

Doy permiso para que vean a mi hijo para un examen físico escolar/deportivo en la Clínica Silverton con el proveedor en el personal.

Firma del Padre / Tutor

Fecha

CORREOS. Caja 128
1160 Snowden Street
Silverton, CO 81433
www.silvertonschool.org



kim blanco
Superintendente Teléfono:
(970)387-5543 Fax: (970)
387-5791
supt@silvertonschool.org

AUTORIZACIÓN MÉDICA PARA PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE LA ESCUELA SILVERTON

Nombre del estudiante Fecha de nacimiento Grado

_ Dirección Ciudad Estado Código Postal

Nombre del padre/tutor # de casa # de celular

El programa de educación física y educación al aire libre del programa de las escuelas públicas de Silverton está diseñado para exponer a los estudiantes a una amplia variedad de actividades físicas y recreativas. Durante el transcurso del año escolar, los estudiantes generalmente participan en la mayoría, si no en todas, las actividades que se enumeran a continuación.

Por la presente certifico que he examinado _____ y que se encontró que el estudiante está físicamente apto para participar en las siguientes actividades durante el año escolar _____. Se tachan las actividades en las que el estudiante no debe participar:

Clase regular de educación física Montar en bicicleta Montar en bicicleta de montaña
Cursos de cuerdas para escalar en roca de baloncesto intermuros
Intermuros Voleibol Hockey sobre hielo Trineo
Intermural Fútbol Esquí Alpino Snowboard
Intermuros Softbol Caminatas con raquetas de nieve Esquí de fondo
Intermuros Tenis Natación Senderismo
Eventos de pista y campo

Condiciones o restricciones impuestas a la participación de los estudiantes en actividades físicas:

Comentarios adicionales

Firma del médico Fecha Información de contacto de la clínica Firma del padre/tutor Fecha



Vacunación

Certificado de exoneración médica

El Código de Colorado (CRS 25-4-902) requiere que todos los estudiantes que asistan a cualquier escuela del estado de Colorado estén vacunados contra determinadas enfermedades prevenibles mediante la vacunación, según lo establecido por la norma del Consejo de Salud de Colorado 6 CCR 1009-2, salvo que se presente una exoneración oficial. Esta ley se aplica a estudiantes que asisten a kindergarten, escuelas primaria y secundaria públicos, privados y parroquiales, hasta 12° grado, facultades o universidades, y guarderías autorizados por el Departamento de Servicios Humanos de Colorado, lo que incluye guarderías, guarderías para niños en edad escolar, preescolares, campamentos diurnos, campamentos para pernoctar, centros de tratamiento diurno, guardería familiar en el hogar, hogares de acogida y programas Head Start. Se podrá prohibir el ingreso a una guardería o escuela de los estudiantes con una exoneración de vacunas registrada durante un brote de enfermedad; la duración variará según el tipo de enfermedad y las circunstancias del brote. Las exoneraciones médicas deben presentarse una vez a menos que cambie la información o la escuela de su hijo.

Complete todos los campos obligatorios a continuación y obtenga todas las firmas solicitadas; no se aceptarán formularios sin completar.

Datos del estudiante:

Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:
Fecha de nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> X	

Nombre del padre, madre o tutor que completa este formulario: Seleccionar si se trata de un estudiante emancipado o mayor de 18 años

Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:
Relación con el estudiante: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor legal		

Datos de la escuela o guardería autorizada:

Nombre de la escuela o guardería autorizada:		
Distrito escolar:		<input type="checkbox"/> Marcar si no corresponde
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:

Vacunas obligatorias para el ingreso escolar

Marcar cada vacuna rechazada:	Enumere la o las contraindicaciones médicas de cada vacuna rechazada:
<input type="checkbox"/> Hepatitis B	
<input type="checkbox"/> Difteria, tétanos, tos ferina (DTaP, Tdap)	
<input type="checkbox"/> Haemophilus influenzae tipo b (Hib)	
<input type="checkbox"/> Virus de la poliomielitis inactivado (IPV)	
<input type="checkbox"/> Vacuna neumocócica conjugada (PCV13)	
<input type="checkbox"/> Sarampión, paperas, rubeola (MMR)	
<input type="checkbox"/> Varicela	

Statement of Exemption

The physical condition of the above named student is such that vaccination would endanger their life or health or is medically contraindicated due to other medical conditions. The information I have provided on this form is complete and accurate.

REQUIRED Signature: _____ Date: _____

Physician (MD, DO), Advanced Practice Nurse (APN), or Physician Assistant (authorized pursuant to section 12-240-107 (6), C.R.S.)

REQUIRED: _____ Professional License Number: _____
(State/Territory)

En virtud de las leyes de Colorado, tiene la opción de excluir la información de su hijo o la suya del Sistema de Información sobre Vacunación de Colorado (CIIS). Para no estar incluido en el CIIS, vaya a: www.colorado.gov/cdphe/ciis-opt-out-procedures. Tenga en cuenta que será responsable de mantener los registros de vacunación de su hijo o los suyos para asegurar el cumplimiento de la escuela con las normas.



Vacunación

Certificado de exoneración no médica

El Código de Colorado (CRS 25-4-902) requiere que todos los estudiantes que asistan a cualquier escuela del estado de Colorado estén vacunados contra determinadas enfermedades prevenibles mediante la vacunación, según lo establecido por la norma del Consejo de Salud de Colorado 6 CCR 1009-2, salvo que se presente una exoneración oficial. Esta ley se aplica a estudiantes que asisten a kindergarten, escuelas primaria y secundaria públicos, privados y parroquiales, hasta 12^o grado, facultades o universidades, y guarderías autorizadas por el Departamento de Servicios Humanos de Colorado, lo que incluye guarderías, guarderías para niños en edad escolar, preescolares, campamentos diurnos, campamentos para pernoctar, centros de tratamiento diurno, guardería familiar en el hogar, hogares de acogida y programas Head Start. “Exoneración no médica” es una exoneración de vacunas basada en creencias religiosas o personales que se oponen a la administración de vacunas. Antes de kindergarten, se debe presentar un formulario de exoneración no médica cada vez que corresponda que el alumno sea vacunado según el plan elaborado por el Comité Asesor de Prácticas de Vacunación (ACIP).^{1,2} Desde kindergarten hasta 12^o grado, debe presentarse un formulario de exoneración no médica oficial cada año durante el proceso de inscripción o registro escolar del estudiante.¹ Se podrá prohibir el ingreso a una guardería o escuela de los estudiantes con una exoneración de vacunas registrada durante un brote de enfermedad; la duración variará según el tipo de enfermedad y las circunstancias del brote.

Complete todos los campos obligatorios a continuación y obtenga todas las firmas solicitadas; no se aceptarán formularios sin completar.

Datos del estudiante:

Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:
Fecha de nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> X	

Nombre del padre, madre o tutor que completa este formulario: Seleccionar si se trata de un estudiante emancipado o mayor de 18 años

Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:
Relación con el estudiante: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor legal		

Datos de la escuela o guardería autorizada:

Nombre de la escuela o guardería autorizada:		
Distrito escolar:		<input type="checkbox"/> Marcar si no corresponde
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:

Vacunas obligatorias para el ingreso escolar: coloque una “X” junto a cada vacuna por la que solicita una exoneración no médica.

<input type="checkbox"/>	Difteria, tétanos, tos ferina (DTaP)	<input type="checkbox"/>	Virus de la poliomielitis inactivado (IPV)
<input type="checkbox"/>	Tétanos, difteria, tos ferina (Tdap)	<input type="checkbox"/>	Sarampión, paperas, rubeola (MMR)
<input type="checkbox"/>	Haemophilus influenzae tipo b (Hib)	<input type="checkbox"/>	Vacuna neumocócica conjugada (PCV13)
<input type="checkbox"/>	Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	Varicela

Declaración de exoneración

Soy el padre, la madre o el tutor del estudiante mencionado anteriormente o soy el propio estudiante (emancipado o mayor de 18 años) y solicito una exoneración no médica de las vacunas indicadas anteriormente. La información que proporcioné en este formulario está completa y es exacta. Puedo consultar información sobre vacunas basada en evidencias en www.colorado.gov/cdphe/immunization-education, www.spreadthefacts.com/, www.immunizeforgood.com/ para saber más sobre de los beneficios y riesgos de las vacunas y las enfermedades que estas previenen. Puedo ponerme en contacto con el Sistema de Información sobre Vacunación de Colorado (CIIS) en www.covaxrecords.org o con mi proveedor de atención médica para localizar el registro de vacunas de mi hijo o el mío.³

OBLIGATORIO Firma: _____ Fecha: _____

Firma del padre/madre/tutor legal/estudiante (emancipado o mayor de 18 años)

Sección de firma del proveedor REQUERIDA:

REQUIRED Print Name, Title, and Signature: _____	Date: _____
Physician (MD, DO), Advanced Practice Nurse (APN), Physician Assistant, Registered Nurse (RN) or Pharmacist (authorized pursuant to section 12-240-107 (6), C.R.S.)	
REQUIRED Colorado Professional License Number: _____	

¹ Norma del Consejo de Salud de Colorado 6 CCR 1009-2: <https://www.sos.state.co.us/CCR/GenerateRulePdf.do?ruleVersionId=7698&fileName=6%20CCR%201009-2>

² Plan de vacunación 2021 recomendado desde el nacimiento hasta los 6 años: www.cdc.gov/vaccines/parents/downloads/parent-ver-sch-0-6yrs.pdf. Con base en este plan, debería presentarse un formulario de exoneración no médica a los 2, 4, 6, 12 y 18 meses de edad.

³ En virtud de las leyes de Colorado, tiene la opción de excluir la información de su hijo o la suya del CIIS en cualquier momento. Para no estar incluido en el CIIS, vaya a www.colorado.gov/cdphe/ciis-opt-out-procedures. Tenga en cuenta que será responsable de mantener los registros de vacunación de su hijo o suyos para asegurar el cumplimiento de la escuela con las normas.