



# INFORMACIÓN ANUAL DE SALUD



**Querido padre/madre/tutor:** La información en este formulario se utilizará para cumplir con las necesidades de salud de su hijo/a en la escuela. Por favor, complete todas las secciones del formulario y después fírmelo y entrégueselo al docente de su hijo/a lo antes posible. Cada estudiante debe tener un formulario nuevo completo cada año.

Nombre de la escuela:		Grado:		¿Su hijo/a es nuevo/a en el distrito? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Apellido del estudiante:		Nombre:		Segundo nombre:	
Fecha de nacimiento: / /		Sufijo (Jr., III, etc.)			
Nombre del padre/madre o tutor:			Relación con el estudiante:		
Número de teléfono de casa o celular: ( )			Teléfono del trabajo: ( )		
¿Qué tipo de seguro de salud tiene su hijo/a? <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Actualmente, mi hijo/a no tiene seguro de salud <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> No estoy seguro			Si su hijo/a tiene Medicaid, por favor marque el nombre del plan: <input type="checkbox"/> Aetna <input type="checkbox"/> McLaren <input type="checkbox"/> Total Health Care <input type="checkbox"/> Care Blue Cross Complete <input type="checkbox"/> Meridian <input type="checkbox"/> United <input type="checkbox"/> HAP Midwest <input type="checkbox"/> Molina <input type="checkbox"/> Otro		
¿Qué tipo de seguro de salud dental tiene su hijo/a? <input type="checkbox"/> Blue Cross Blue Shield <input type="checkbox"/> Delta Dental <input type="checkbox"/> No estoy seguro sobre qué plan			Healthy Kids (por favor, seleccione qué plan) <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> No estoy seguro		

## ¿Su hijo/a tiene alguno de los siguientes problemas de salud?

PROBLEMA DE SALUD	SÍ	NO	PROBLEMA DE SALUD	SÍ	NO	PROBLEMA DE SALUD	SÍ	NO
Alergias graves (ciertos alimentos, insectos, medicamentos, látex)  En caso afirmativo, indique a qué es alérgico/a su hijo/a (ciertos alimentos, insectos, medicamentos látex, etc.): _____ _____  En caso afirmativo, marque la reacción que tiene: <input type="checkbox"/> Urticaria <input type="checkbox"/> Inflamación <input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria <input type="checkbox"/> Otra			Alergias (estacionales)			Problemas cardíacos		
			Ansiedad			Envenenamiento por plomo		
			Asma o problemas respiratorios			Embarazo		
			Trastorno por déficit de atención con hiperactividad			Convulsiones		
			Problemas de comportamiento			Anemia de células falciformes		
			Problemas de incontinencia			Problemas del habla		
			Problemas dentales			Problemas en la visión		
			Depresión			Usa anteojos		
			Diabetes			Otros problemas de salud, por favor enumere:		
			Traumatismos cerebrales o lesiones en la cabeza			_____		
			Problemas de audición			_____		
						_____		

## MEDICAMENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES\*

- ¿Su hijo/a necesita tomar medicamentos a diario en la escuela?  Sí\*  No
- ¿Su hijo/a necesita que se guarden medicamentos de emergencia en la escuela?  Sí\*  No
- ¿Su hijo/a necesita que se realicen procedimientos especiales en la escuela? (Alimentación por sonda de gastrotomía, cateterización, etc.)  Sí\*  No

\* Si respondió de forma afirmativa a alguna de las preguntas anteriores, por favor complete el formulario de autorización de divulgación de información médica. Si es necesario, por favor, haga que su prestador de atención médica complete el formulario de medicamentos recetados. Ambos formularios se encuentran disponibles en [detroitk12.org/enrollnow](http://detroitk12.org/enrollnow) y deben renovarse cada año.

## PRESTADORES DE ATENCIÓN MÉDICA

Nombre del médico:	Teléfono: ( )	Dirección:
Fecha del último examen físico: / /	<input type="checkbox"/> No estoy seguro	
Nombre del dentista:	Teléfono: ( )	Dirección:
Fecha del último examen dental: / /	<input type="checkbox"/> No estoy seguro	
Especialista médico (opcional):	Hospital local:	
Teléfono: ( )	Teléfono de sala de emergencias: ( )	
Teléfono:	Dirección:	

## NECESIDADES FAMILIARES

En los últimos 12 meses, ¿comió menos de lo que cree que debería porque no había suficiente dinero para comprar alimentos?  Yes  No

## RECONOCIMIENTO Y FIRMA

Certifico que esta información es correcta a mi saber y entender, y comprendo que es mi responsabilidad informar a la escuela si esta información cambia. También entiendo que esta información puede ser compartida con el personal que necesita conocerla en la escuela de mi hijo/a para mantener la seguridad y protección de mi hijo/a en la escuela.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, madre o tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre escrito

\_\_\_\_\_  
Fecha

## PARA SER COMPLETADO POR EL PERSONAL DE LA OFICINA

	FECHA	MIEMBRO DEL PERSONAL
Formulario recibido		
Información ingresada en el Sistema de Información Estudiantil		



El DPSCD no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, orientación sexual, identidad de género, discapacidad, edad, religión, altura, peso, ciudadanía, estado civil o familiar, estado militar, ascendencia, información genética o cualquier otra categoría legalmente protegida, en sus programas y actividades educativas, incluidos el empleo y las admisiones. ¿Preocupaciones? Contacte al Coordinador de Derechos Civiles al (313) 240-4377 o [dpscd.compliance@detroitk12.org](mailto:dpscd.compliance@detroitk12.org) o 3011 West Grand Boulevard, Piso 14, Detroit MI 48202.