



Oficina de Educación del Condado de San Luis Obispo
3350 Education Drive, San Luis Obispo, CA 93405
Attn. School Nurse (Holly Stoner/Fran Coughlin)
Office: (805) 593-3134
Fax Confidencial: (805) 546-0646

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE ENFERMEDAD CRÓNICA

Nombre del Estudiante _____ FDN _____ Grado _____
 Sitio Escolar _____ (805) 546-0646
 FAX _____

Estimado Médico,

Su paciente es un estudiante matriculado en una Escuela de la Oficina de Educación del Condado de San Luis Obispo (SLOCOE por sus siglas en inglés). Por el propósito de verificar ausentismo crónico correlacionado a una condición de salud significativa, por favor liste la enfermedad crónica/diagnóstico médico para este estudiante. También, por favor chequeen o listen síntomas que no podrán necesitar una visita a la oficina, pero que sí requieren que el niño/a se quede en casa. Si no hay síntomas correlacionados a una condición de salud significativa que justifiquen días escolares perdidos, por favor indiquen eso también. Este formulario se puede mandar directamente a la enfermera escolar por fax al número proporcionado arriba. Este documento se vence al fin del año escolar que fue recibido.

Enfermedad Crónica/Diagnóstico Médico:

Síntomas:

<p>Sistema Neurológico</p> <p><input type="checkbox"/> Letargo</p> <p><input type="checkbox"/> Mareos</p> <p><input type="checkbox"/> Adormecimiento de las extremidades</p> <p><input type="checkbox"/> Convulsiones</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor de cabeza severo</p> <p><input type="checkbox"/> Visión borrosa</p>	<p>Sistema Respiratorio</p> <p><input type="checkbox"/> Debilidad/fatiga</p> <p><input type="checkbox"/> Palidez/cianosis</p> <p><input type="checkbox"/> Tos continúa</p> <p><input type="checkbox"/> Vía aérea congestionada</p> <p><input type="checkbox"/> Dificultad respirando</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor</p>	<p>Sistema Gastrointestinal</p> <p><input type="checkbox"/> Nausea/vomito</p> <p><input type="checkbox"/> Diarrea</p> <p><input type="checkbox"/> Constipación</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor abdominal</p>
<p>Sistema integumentario</p> <p><input type="checkbox"/> Lesiones de la piel</p> <p><input type="checkbox"/> Infecciones</p> <p><input type="checkbox"/> Edema</p>	<p>Sistema cardiovascular</p> <p><input type="checkbox"/> Debilidad/mareos</p> <p><input type="checkbox"/> Palidez/cianosis</p> <p><input type="checkbox"/> Pulso rápido</p> <p><input type="checkbox"/> Arritmia</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor</p> <p><input type="checkbox"/> Fiebre/infecciones</p>	<p>Sistema genitourinario</p> <p><input type="checkbox"/> Infección de vejiga/riñones</p> <p><input type="checkbox"/> Fiebre</p>
<p>Sistema musculoesquelético</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor</p> <p><input type="checkbox"/> Inflamación/hinchazón</p>		<p>Oídos, Nariz y Garganta</p> <p><input type="checkbox"/> Infecciones crónicas</p> <p><input type="checkbox"/> Alergias severas</p> <p><input type="checkbox"/> Asma severa</p> <p><input type="checkbox"/> Fiebre</p> <p><input type="checkbox"/> Neumonía/bronquitis</p>
<p>Comentarios Adicionales: _____</p>		

La frecuencia esperada de episodios y el tiempo esperado de cada episodio es

Ejemplo: Semanal/dos veces al mes

Firma del Médico: _____
 Nombre del Médico Deletreado: _____
 Número de la Oficina del Médico: _____

AUTORIZACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE LOS PADRES/TUTORES

Po la presente solicito y autorizo que el médico nombrado arriba solicite e intercambie información médica/psicológica con respeto a mi niño/a, nombrado arriba, con un representante del personal de enfermería de SLOCOE. Yo entiendo que esta información será usada por los propósitos de verificar las ausencias de mi niño/a y/o el establecimiento de apoyo apropiado educacional para mi niño/a.

Firma Autorizada del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____