

*Washington County School District Health Services*

**EXCLUSION POR ENFERMEDAD O AFECCION MÉDICA**

**Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Estudiante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Padres/Guardián\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **Exclusión Por Enfermedad *Su hijo presenta uno o más de los siguientes signos/síntomas. Él/Ella puede tener una enfermedad o condición contagiosa que requiera tratamiento.*** |
| (Marque todo que corresponda)🞎 Dolor abdominal🞎 Síntomas de resfriado agudo🞎 Diarrea🞎 Dificultad para respirar🞎 Dolor de oídos🞎 Nivel de conciencia deteriorado* Vigilancia reducida
* Estupor (inconsciente de los alrededores)
* Sincope (desmayo)

🞎 Irritabilidad/ llanto persistente🞎 Letargo (lentitud, somnolencia profunda)🞎 Nauseas/vómitos🞎 Tos persistente | 🞎 Erupción acompañada con cambio de comportamiento🞎 Erupción acompañada con fiebres🞎 Erupción que rezuma🞎 Ojos rojos inflamados o con secreción (no alérgico)🞎 Nariz congestionada (no alérgico)🞎 Dolor de garganta🞎 Llagas con drenaje continuo de líquido o ampollas con pus amarillo y oloroso🞎 Sospecha de infestaciones ( Piojos, Lombrices, Sarna, Bichos) 🞎 Temperatura de 100.4 o mas🞎 Dolor de dientes🞎Sospecha de Impétigo🞎Sospecha de Tiña🞎Glándulas inflamadas debajo de mandíbula, orejas, y cuello |
| 🞎 Otro síntomas que sugieren enfermedad aguda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ***Su hijo necesita quedarse en casa hasta que se cumpla uno de los siguientes requisitos:**** **Signos y síntomas se han ido**
* **24 horas de tratamiento se han completado**
* **Traer este formulario o una nota del médico o dentista que indique que puede regresar a la escuela**
 |
| **Exclusion por Afección Medica*****Su hijo presenta uno o más de los siguientes signos/síntomas después de una lesión quirúrgica o una enfermedad prolongada*** |
| ***(***Marque todo que corresponda***)*** 🞎 La incisión quirúrgica esta inflamada🞎 La incisión ha sido abierta🞎 Temperatura de 100.4 o mas 🞎 El estudiante está verbalizando un dolor severo (8-10 escala de dolor Wong Baker), que interfiere con la habilidad de sentarse, levantarse, o caminar a la escuela.🞎 No puede verbalizar el dolor intenso, pero muestra signos no verbales de dolor(puntación de 4 o más en la lista de verificación para indicadores no verbales)🞎 Esta sedado de tal manera que no puede participar en actividades significativamente o en trabajos académicos***Su hijo debe quedarse en casa hasta que su proveedor medico haya reevaluado su condición y este formulario haya sido devuelto a la escuela.*** |
| ***Proveedor Medico*** |
| ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, está listo para regresar a la escuela bajo las siguientes circunstancias:******\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_******\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_******Firma de Proveedor Medico Fecha*** |
| ***Si el estudiante requiere OTC(sin-sedación) medicamento durante la escuela, firme la Autorización de Medicamento atrás de esta forma*** |

***Firma de Principal o Designado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***