dist_logo.png

*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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***