Feb 2021

Washington County School District

Medical History Information

121 West Tabernacle Street

St. George, UT 84770

Phone: 435-673-3553 Fax 435-634-5859

**Estudiante: Fecha De Nacimiento:**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Como parte del proceso de evaluación de los servicios de educación especial, el equipo multidisciplinario del distrito escolar que evalúa y revisa los datos de evaluación en relación con la determinación de la discapacidad de un estudiante debe considerar el historial médico previo del estudiante con respecto a síndromes específicos, problemas de salud, medicamentos y cualquier información que se considere necesaria para planificar el programa educativo del estudiante. Por favor de incluir los informes pertinentes. Se puede solicitar información adicional según sea necesario.

***Esta información debe ser proporcionada por un profesional de la salud calificado (médico o enfermera registrada).***

*EL proveedor solo puede proporcionar información consistente con los parámetros de su licencia profesional de Utah.*

|  |
| --- |
| **Desarrolló del Estudiante**☐Si ☐No Hubo algo notable en el desarrollo del estudiante?Si es así, por favor explique.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Síndromes Específicos** ☐Si ☐No Ha sido diagnosticado el estudiante con un síndrome especifico (ADD, ADHD, Epilepsia, ¿etc.)? Si es así, por favor explique. |
| **Preocupaciones Medicas** ☐Si ☐No Tiene el estudiante algún problema de salud especifico (ADD, ADHD, Epilepsia, Cerebro traumático¿Lesiones, Accidentes, etc.)?Si es así, por favor explique. |
| **Medicamentos**☐Si ☐No El estudiante está tomando algún medicamento? Si es así, indique la medicación y la dosis.¿Cuál es el efecto esperado de la medicación en el funcionamiento en la clase?¿Cuáles son los posibles efectos secundarios que debemos tener en cuenta?  |
| ¿Cuál es el pronóstico medico a largo plazo del estudiante? |
| ¿Hay alguna otra información necesaria para planificar el programa educativo del estudiante? |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Profesional de Salud Nombre y Cargo (letra de Imprenta)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha Dirección, Cuidad, Estado, Código Postal

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Teléfono

 ☐ Este formulario fue llenado por los padres y revisado por la enfermera de la escuela.