



**2023-2024**  
**DISTRITO ESCOLAR DE QUINCY**  
**FORMA DE ALERTA DE ENFERMERA**

Nurse Initial \_\_\_\_\_

504 \_\_\_\_\_ ECP \_\_\_\_\_

*\*Este formulario debe completarse cada año escolar.*

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: M/ F  
 Apellido Primer Segundo Inicial (circule)

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Doctor: \_\_\_\_\_ Clínica: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Si, mi hijo/a tiene una condición médica potencialmente mortal – complete Secciones 1 & 2  
 \_\_\_ No, mi hijo/a no tiene ninguna condición médica potencialmente mortal – complete Sección 2

**Sección 1 - EFERMEDAD DE SALUD CHRONICA O MORTAL**

- Asma y requiere inhalador en la escuela;**  
 ¿Que causa el Asma?  Ejercicio  Enfermedades  Alergias  Otro: \_\_\_\_\_
- Anafilaxia (Alergia potencialmente mortal) & requiere medicamento de emergencia:**  
 ¿Que Ocasiona la reacción Alérgica?  Piquete de abeja  Comida: \_\_\_\_\_  Otro: \_\_\_\_\_
- Diabetes:** Edad de diagnóstico: \_\_\_\_\_  Tipo I  Tipo II  Usa Insulina  Medicamento oral
- Desorden Epiléptico:** Fecha del último ataque epiléptico: \_\_\_\_\_  Usa medicamento para la epilepsia
- V/P Derivación (en el cerebro)  Arritmia cardiaca  Hemofilia/Otra desorden de sangre**
- Otro:** \_\_\_\_\_

**Sección 2 - CONDICIONES DE SALUD QUE NO SON AMENAZANTES**

- ¿Preocupación de la vista?**  Lentes  contactos oculares  Otros: \_\_\_\_\_
- ¿Preocupación de oídos?**  Problema auditivo
- Historia de conmoción cerebral:** Edad: \_\_\_\_\_ fue a ver un doctor? \_\_\_\_\_
- ¿Cuánto duro la conmoción?** \_\_\_\_\_
- Otro:** \_\_\_\_\_

**Por favor indique cualquier otra preocupación de salud que la enfermera debe saber (alergias, cirugías, hospitalizaciones, trastornos, trastornos de salud mental como TDAH, autismo, depresión, ansiedad, etc.).**

**MEDICAMENTO**

¿Su hijo/a toma algún medicamento?  No  SI, nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

¿Va necesitar medicamento en la escuela?  No  \*SI, nombre de medicamento: \_\_\_\_\_

**\* Si su hijo/a necesita medicamento en la escuela, un formulario de "Autorización de medicamentos" se requiere cada año antes de que algún medicamento puede administrarse. Este formulario está disponible en la oficina de la escuela o en la página web en [www.qsd.wednet.edu](http://www.qsd.wednet.edu). [www.qsd.wednet.edu](http://www.qsd.wednet.edu).**

**AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD/ACCESO A LA ATENCION MEDICA**

Como padres, estoy de acuerdo en notificar a la escuela sobre cualquier cambio significativo en el estado de salud de mi hijo/a. También entiendo que esta información sea accesible a las siguientes personas: las enfermeras de la escuela, maestros, especialistas, personal de la oficina y personal médico de emergencia.

Si no me encuentro disponible en el momento de una emergencia, y si una observación inmediata o el tratamiento es urgente, a juicio de las autoridades escolares, yo autorizo y solicito a las autoridades escolares de enviar a mi hijo/a (apropiadamente acompañando/a) al hospital o al médico más fácilmente accesible para recibir tratamiento.

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma de padre o tutor legal



# 2023-2024 QUINCY SCHOOL DISTRICT NURSE ALERT FORM

Nurse initial _____ 504_____ ECP _____
---

*\*This form must be completed for each new school year.*

Name: \_\_\_\_\_ Birthdate: \_\_\_\_\_ Sex: M/ F  
Last First MI (circle)

School: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Doctor: \_\_\_\_\_ Clinic: \_\_\_\_\_

Yes, my child has a life-threatening health condition - **Please complete Section 1 and 2**

No, my child does not have a life-threatening health condition - **Please skip to Section 2**

### Section 1 – LIFE-THREATENING HEALTH CONDITIONS

- Asthma and requires rescue inhaler at school**  
What triggers the asthma:  Exercise  Illness  Allergies  Other: \_\_\_\_\_
- Anaphylaxis (Life-Threatening Allergy) and requiring emergency medication:**  EpiPen:  Yes  No  
What causes the allergic reaction?  Bee sting  Food: \_\_\_\_\_  Other: \_\_\_\_\_
- Diabetes:** Age of diagnosis: \_\_\_\_\_  Type I  Type II  Uses Insulin  Oral Medication
- Seizure disorder:** Type \_\_\_\_\_ Date of last seizure: \_\_\_\_\_  Uses seizure medication
- V/P Shunt (in brain)  Cardiac arrhythmia or other cardiac problems which require activity restrictions?**
- Hemophilia/Other blood disorder** \_\_\_\_\_
- Other Life Threatening Health Condition:** \_\_\_\_\_

### Section 2 - NON-LIFE-THREATENING HEALTH CONDITIONS

- Vision concerns?**  Glasses  Contacts  Other: \_\_\_\_\_
- Hearing concerns?**  Wears hearing aids
- History of Concussion(s):** Age(s) \_\_\_\_\_ Was a doctor seen? \_\_\_\_\_ Lasting Effects: \_\_\_\_\_
- Other:** \_\_\_\_\_

**Please list any other significant health concerns that the school nurse should know about (allergies, surgeries, hospitalizations, disorders, mental health disorders such as ADHD, autism, depression, anxiety, etc.)**

### MEDICATION

Does your child take any medication?  No  Yes, name of medication: \_\_\_\_\_

Will medication be needed at school?  No  \*Yes, name of medication: \_\_\_\_\_

**\*If your child needs medication at school, a "Medication Authorization" form is required every year before any medication may be given. This form is available from the school office or on the district website at [www.qsd.wednet.edu](http://www.qsd.wednet.edu)**

### AUTHORIZATION FOR SHARING HEALTH INFORMATION/ACCESSING MEDICAL CARE

**As parent/guardian, I agree to notify the school about any significant change in my child's health status. I also understand that this information will be accessible to the following people: School nurses, teachers, specialists, office staff and emergency medical personnel.**

**If I cannot be reached at the time of an emergency, and if immediate observation or treatment is urgent in the judgment of the school authorities, I authorize and direct the school authorities to send my child (properly accompanied) for treatment to the hospital or doctor most easily accessible.**

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Parent or legal guardian signature