

**Continuación: Información Médica del Estudiante**  
**Página 2**

**Epilepsia:** -----  Sí  No  
Tipo de epilepsia: \_\_\_\_\_  
Tratamiento para epilepsia: -----  Sí  No  
Medicamentos para epilepsia: \_\_\_\_\_

**Condición de tiroides:** -----  Sí  No  
Tratamiento para condición de tiroides (especifique): \_\_\_\_\_

**Diabetes:**  Tipo I (insulina)  Tipo 2 (pastillas)  
 Hipoglucémico con tratamiento Fecha del diagnóstico: \_\_\_\_\_

**Condiciones mentales o emocionales:** Fecha del diagnóstico: \_\_\_\_\_  
 Depresión  Agresividad  Trastorno de ansiedad  Desorden de personalidad  
¿Está registrado en Educación Especial?  Sí  No  
Tratamiento (especifique): \_\_\_\_\_

**Especifique otras condiciones de salud:** \_\_\_\_\_  
Tratamiento: \_\_\_\_\_

**Otra información**

**El estudiante está registrado en Educación Especial:** -----  Sí  No  
¿Cuál es el diagnóstico registrado? \_\_\_\_\_

**El estudiante tiene dieta especial en el comedor:** -----  Sí  No  
¿Cuál es el diagnóstico? \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA LAS "CLÍNICAS DE SALUD"**

**Marque con una (X) si autoriza o no autoriza**

Por la presente \_\_\_\_ autorizo, \_\_\_\_ no autorizo a la enfermera escolar y a la auxiliar de salud a llevar a cabo entrevistas y el procedimiento de examen físico, el cual consiste en:

- el cotejo del peso y la estatura
- la prueba de audición
- toma de signos vitales (presión arterial y pulso)
- prueba de orina (tirilla) para identificar proteína, sangre, azúcar, nitrato o sodio
- la evaluación de agudeza visual
- revisión de tarjeta de vacunas
- inspección general

La enfermera escolar realiza una entrevista individual. Cada procedimiento cumplirá con las medidas de privacidad y el derecho a la confidencialidad, lo cual comprende no divulgar información a terceros cuando no medie su autorización expresa por escrito al respecto.

Por la presente, certifico que he analizado y comprendido la información contenida en los documentos enviados por el Programa de Enfermería Escolar relacionados al Historial de Salud.

Certifico que he recibido la carta explicativa dirigida a padres, tutores o custodios y esta autorización para que la enfermera escolar realice el procedimiento de examen físico y entrevista a mi hijo. Entiendo que los mismos no conllevan riesgo a la salud del menor y que se cumplirá con los parámetros de confidencialidad y privacidad correspondientes.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del padre, madre, tutor o encargado

\_\_\_\_\_  
Fecha