



**Oficina de Educación del Condado de San Luis Obispo**  
**3350 Education Drive, San Luis Obispo, CA 93405**  
**Attn. School Nurse (Holly Stoner/Fran Coughlin)**  
**Office: (805) 593-3134**  
**Fax Confidencial: (805) 546-0646**

## FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE ENFERMEDAD CRÓNICA

Nombre del Estudiante

FDN

Grado

Sitio Escolar

(805) 546-0646

FAX

Estimado Médico,

Su paciente es un estudiante matriculado en una Escuela de la Oficina de Educación del Condado de San Luis Obispo (SLOCOE por sus siglas en inglés). Por el propósito de verificar ausentismo crónico correlacionado a una condición de salud significativa, por favor liste la enfermedad crónica/diagnóstico médico para este estudiante. También, por favor chequeen o listen síntomas que no podrán necesitar una visita a la oficina, pero que sí requieren que el niño/a se quede en casa. Si no hay síntomas correlacionados a una condición de salud significativa que justifiquen días escolares perdidos, por favor indiquen eso también. Este formulario se puede mandar directamente a la enfermera escolar por fax al número proporcionado arriba. Este documento se vence al fin del año escolar que fue recibido.

Enfermedad Crónica/Diagnóstico Médico:

Síntomas:

Sistema Neurológico

- Letargo
- Mareos
- Adormecimiento de las extremidades
- Convulsiones
- Dolor de cabeza severo
- Visión borrosa

Sistema integumentario

- Lesiones de la piel
- Infecciones
- Edema

Sistema musculoesquelético

- Dolor
- Inflamación/hinchazón

Sistema Respiratorio

- Debilidad/fatiga
- Palidez/cianosis
- Tos continua
- Vía aérea congestionada
- Dificultad respirando
- Dolor

Sistema cardiovascular

- Debilidad/mareos
- Palidez/cianosis
- Pulso rápido
- Arritmia
- Dolor
- Fiebre/infecciones

Sistema Gastrointestinal

- Nausea/vomito
- Diarrea
- Constipación
- Dolor abdominal

Sistema genitourinario

- Infección de vejiga/riñones
- Fiebre

Oídos, Nariz y Garganta

- Infecciones crónicas
- Alergias severas
- Asma severa
- Fiebre
- Neumonía/bronquitis

Comentarios Adicionales:

La frecuencia esperada de episodios \_\_\_\_\_ y el tiempo esperado de cada episodio es \_\_\_\_\_

Ejemplo: Semanal/dos veces al mes

Firma del **Médico**: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico Deletreado: \_\_\_\_\_

Número de la Oficina del Médico: \_\_\_\_\_

### **AUTORIZACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE LOS PADRES/TUTORES**

Po la presente solicito y autorizo que el médico nombrado arriba solicite e intercambie información médica/psicológica con respeto a mi niño/a, nombrado arriba, con un representante del personal de enfermería de SLOCOE. Yo entiendo que esta información será usada por los propósitos de verificar las ausencias de mi niño/a y/o el establecimiento de apoyo apropiado educacional para mi niño/a.

Firma Autorizada del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_