



**PALM SPRINGS UNIFIED SCHOOL DISTRICT**  
*Palm Springs, California*

**HEALTH SERVICES**

Nombre: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_  
Grado: \_\_\_\_\_ Traque: \_\_\_\_\_ Maestro: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**INFORMACION SOBRE DEFECTOS DEL CORAZON**

Estimado Padre/Guardian:

Usted ha probablemente notado en la tarjeta de emergencia de su niño que el/ella tiene un defecto en el corazón. Por favor explique la información que se pide continuación para que el personal de la escuela comprenda mejor el problema de su niño. Devuelva este formulario: "Atención: Enfermera de la Escuela".

1. Clase de defecto: \_\_\_\_\_

2. Síntomas (cheque lo que ha observado)

\_\_\_\_\_ Ninguno \_\_\_\_\_ La cara, labios, uñas, se ponen grises o azules  
\_\_\_\_\_ Dificultades en respirar \_\_\_\_\_ Otros síntomas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Se agacha cuando respira

3. Limitaciones - Físicas

\_\_\_\_\_ No limitaciones  
\_\_\_\_\_ Mi hijo/hija hace lo que puede físicamente  
\_\_\_\_\_ El médico enviará una receta a la escuela limitando mi hijo/hija n \_\_\_\_\_

4. ¿Esta su hijo/hija tomando alguna medicina? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Tipo(s) \_\_\_\_\_ Dosis(es) \_\_\_\_\_  
Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

5. ¿Debe la escuela tener esa medicina? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

La escuela tendrá en reserva esa medicina si usted ha completado el formulario "Permiso Para Administrar Medicina". Usted puede obtener ese formulario llamando a los Servicios de Salud, 416-6034.

6. ¿Tiene usted alguna indicación que hacer a la escuela en caso de emergencia? La escuela llamará

"911" si un estudiante tiene un problema serio. \_\_\_\_\_

**Firma del Padre/Guardian** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_