

STUDENT NAME: _____ ID # _____

SCHOOL: _____ GRADE: _____

**ESCONDIDO UNION HIGH SCHOOL DISTRICT
HEALTH SERVICES**

Estimados padres o tutores:

Año escolar:

Los registros escolares anteriores indican que su hijo/a puede tener alergia a las abejas. Queremos asegurarnos de que su hijo/a recibirá la atención adecuada si lo requieren para una picadura de abeja. Le pedimos su cooperación para completar este formulario y devolverlo a la oficina de salud de la escuela o por correo lo antes posible.

Gracias por su ayuda,

Escondido Union High School District Health Services
302 N. Midway Dr. Escondido, CA 92027
Fax: 760-741-1846

- ☐ Mi hijo/a nunca ha sido afectado y no tiene una alergia conocida a las abejas
- ☐ Mi hijo/a si ha sido picado y tuvo la siguiente reacción:
 - ☐ No tuvo reaccion
 - ☐ Hinchazon, indique en que parte _____
 - ☐ Problemas para respirar
 - ☐ náuseas y vómitos
 - ☐ Otro (explique) _____

¿Su niño/a necesita medicamentos para el tratamiento de piquetes de abejas?

_____ **Si** _____ **No**

SI, indique el nombre del medicamento y haga que el médico de su hijo/a complete el formulario de autorización del medicamento _____

No, devuelva este formulario con su firma, para que podamos actualizar los registros escolares. ¡Gracias!

Si su hijo/a necesita medicamentos, devuelva el formulario adjunto y cualquier otro formulario que hayamos incluido. Puede regresar a la escuela, enviarlo por correo a la oficina del distrito o enviarlo por fax. Todos los medicamentos deben llevarse a la oficina de salud con el medicamento (en su envase original) antes del primer día de clases. Esto se aplica igual para medicamentos recetados y medicamentos sin receta. Dependiendo de la escuela, algunos medicamentos serán aceptados durante el registro. Verifique con la enfermera de la escuela sobre su disponibilidad.

Nombre: _____ Telefono: _____

Padres/Tutores: _____ Fecha _____

STUDENT NAME: _____ ID # _____
SCHOOL: _____ GRADE: _____

District nurse / *Enfermera del distrito*

District service center

302 N. Midway Dr.
Escondido, CA 92027

Callie Escobedo RN MSN PHN (*enfermera líder*)

Phone: (760) 291-3007

Email: cescobedo@euhsd.org

Fax: (760) 741-1846

School Campus Contact information:

Información de contacto del campus escolar:

Del Lago Academy

Marylou Villaseñor RN

Student Health Care Specialist (*enfermera en la escuela*)

Phone: (760) 291-2581

Fax: (760) 746-0453

San Pasqual High School

Caroline Akers, RN

Student Health Care Specialist (*enfermera en la escuela*)

Phone: (760) 291-6080

Email: cakers@euhsd.org

Fax: (760) 745-1834

Orange Glen High School

Leticia Gonzalez LVN

Student Health Care Specialist (*enfermera en la escuela*)

Phone: (760) 291-5080

Email: letgonzalez@euhsd.org

Fax: (760) 839-9270

Escondido High School

Lisa Courduff LVN

Student Health Care Specialist (*enfermera en la escuela*)

Phone: (760) 291-4080

Email: lcourduff@euhsd.org

Fax: (760) 741-1935