



**Santa Barbara Unified**  
Every child, every chance, every day.

720 Santa Barbara Street  
Santa Barbara, CA 93101  
Phone: 805.963.4338  
TDD: 805.966.7734  
SBUnified.org

## FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE ENFERMEDAD CRÓNICA

Fecha: \_\_\_\_\_

Alumno: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Remitir a: \_\_\_\_\_  
Escuela Número de fax

Estimado proveedor médico,  
Su paciente es un alumno del Distrito Escolar Unificado de Santa Bárbara. Para nuestro expediente, por favor indique la enfermedad crónica que se diagnosticó al alumno. También marque o haga una lista de los síntomas que no justifican una visita al consultorio pero que podrían requerir que el menor permanezca en casa y no asista a la escuela. Esto permitirá a los padres comprobar las enfermedades al entregar la lista por escrito a la escuela con los síntomas que se especifican a continuación, sin tener que llevar al niño a su consultorio para ser examinado. Este documento **expira** al final del año académico en que fue recibido.



\_\_\_\_\_  
Firma del proveedor médico y nombre en letras de imprenta Fecha

\_\_\_\_\_  
Dirección del proveedor médico

*(Por favor adjunte su tarjeta de presentación o su hoja membretada)*

Enfermedad crónica/Diagnóstico médico: \_\_\_\_\_

Síntomas: \_\_\_\_\_

Duración de la ausencia escolar por episodio: \_\_\_días. *(por ejemplo: mensualmente, 4 veces por año escolar, etc.)*

### Sistema Nervioso

- \_\_\_ letargo
- \_\_\_ mareo/inestabilidad
- \_\_\_ entumecimiento de las extremidades
- \_\_\_ convulsiones petit mal (petit mal seizures)
- \_\_\_ ataques de epilepsia
- \_\_\_ dolor de cabeza severo
- \_\_\_ visión borrosa

### Sistema Tegumentario

- \_\_\_ lesiones en la piel
- \_\_\_ infecciones
- \_\_\_ edema

### Sistema músculo-esquelético

- \_\_\_ dolor
- \_\_\_ inflamación/hinchazón

### Sistema Respiratorio

- \_\_\_ debilidad/fatiga
- \_\_\_ palidez/cianosis
- \_\_\_ tos continua
- \_\_\_ congestión de la vía respiratoria
- \_\_\_ dificultad para respirar
- \_\_\_ dolor

### Sistema Cardiovascular

- \_\_\_ debilidad/mareo
- \_\_\_ palidez/cianosis
- \_\_\_ palpaciones
- \_\_\_ pulso rápido
- \_\_\_ arritmia
- \_\_\_ dolor
- \_\_\_ fiebres/infecciones

### Sistema Gastrointestinal

- \_\_\_ náusea/vómito
- \_\_\_ diarrea
- \_\_\_ estreñimiento
- \_\_\_ dolor abdominal

### Sistema Genitourinario

- \_\_\_ infección de la vejiga/el riñón
- \_\_\_ fiebre

### Oído, nariz y garganta

- \_\_\_ infecciones crónicas
- \_\_\_ alergias severas
- \_\_\_ asma severo
- \_\_\_ fiebre
- \_\_\_ neumonía/bronquitis

Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

**En la siguiente página, el padre o tutor debe firmar la autorización para un intercambio de información con respecto a su diagnóstico.**

## AUTORIZACIÓN DEL PADRE/TUTOR

Yo, por el presente documento, solicito y autorizo el intercambio de información sobre el diagnóstico indicado arriba referente a mi hijo/a entre el personal designado de la oficina de salud del Distrito Escolar Unificado de Santa Bárbara y el médico nombrado arriba.

Solicito al Distrito Escolar Unificado de Santa Bárbara que me informe, como padre/tutor que firma esta autorización, antes de ponerse en contacto con el profesional médico autorizado. \_\_\_\_\_(*poner las iniciales aquí para la solicitud*). Este contacto sólo se hará si la frecuencia o duración de las ausencias excede los valores autorizados más arriba. **También entiendo que debo presentar una explicación por escrito para verificar cada ausencia.**

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_