

Escuelas Públicas de Ware – Servicios de Salud

El Año Escolar 20__ - 20__

Información del Estudiante

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Apellido Nombre

Masculino Femenino Grado: _____ Nombre de Maestro: _____

Dirección: _____ Número de Teléfono: _____

Dirección Postal (si es diferente): _____

Contacto Primario para temas de salud durante el día escolar (DEBE ser Padre o Tutor con Custodia Física Valida)

Nombre: _____ Relación: _____

Localización durante el día escolar: _____

Número de Teléfono: _____ Número de Celular: _____

Contacto Secundario para temas urgentes de salud durante el día escolar

(Adulto responsable de traer estudiante a la casa o a un hospital/consultorio médico para atención médica)

Nombre: _____ Relación: _____

Localización durante el día escolar: _____

Número de Teléfono: _____ Número de Celular: _____

Tengo entendido que el personal de la escuela me llamara en caso de que mi hijo este gravemente enfermo o lesionado. En caso de emergencia, el personal de la escuela puede ordenar el transporte de mi hijo hacia un hospital para recibir atención médica la cual no está disponible en la escuela. Independientemente de la edad mayor o menor de 18 años, mi hijo no será despachado del salón por ningún motivo, solo o acompañado con un contacto de emergencia sin mi consentimiento autorizado.

Firma de Padre o Tutor: _____ Fecha: _____

**Por favor haga contacto con la enfermera escolar si existen cambios
con esta información durante el curso del año escolar.**

**FIRME ABAJO PARA QUE EL ESTUDIANTE PUEDA RECIBIR EN LA ESCUELA MEDICAMENTOS FUERA
DEL RECETARIO (Over The Counter)**

*Autorizo a la enfermera para administrar los siguientes medicamentos como sea necesario
(Comuníquese con a la Enfermera por preocupaciones específicas):*

PARA DOLORES O MOLESTIAS

Acetaminofén (ejemplo, Tylenol)
Ibuprofeno (ejemplo, Motrin/Advil)

Estos medicamentos deberán ser administrados al estudiante para la fiebre con más de 101° F. mientras espera ser recogido por la persona autorizada.

PARA LAS ALERGIAS

Difenhidramina (ejemplo, Benadryl)

PARA DOLOR DE GARGANTA/TOS

Pastillas para la garganta

PARA LA PIEL

Quemadura de crema o Gel de
enfriamiento

Loción de calamina

Caladryl loción

Crema de hidrocortisona

PARA LAS HERIDAS

Líquido antiséptico
(ejemplo, Bactine)

PARA EL MALESTAR ESTOMACAL

Antiácido/Anti-Gas
(por ejemplo, TUMS/Mylanta)

PARA EL DOLOR DE ENCÍAS/DIENTES

Anbesol

Orajel

Entiendo que la enfermera puede negarse a administrar medicamento fuera del recetario (OverTheCounter) si a su juicio, otras medidas de alivio deben ser intentadas primero o evaluación adicional médica puede ser necesaria para los síntomas.

También entiendo, por las leyes General de Massachusetts, medicamentos tomados oralmente fuera del recetario NO pueden ser administrados por cualquier personal de la escuela salvo una enfermera independientemente de la solicitud o consentimiento del padre; incluso durante visitas de campo, programas u otros eventos patrocinados por la escuela.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN DE SALUD COMPLETA AL OTRO LADO

Escuelas Públicas de Ware – Servicios de Salud

Información de Salud

Nombre del Médico _____ Ciudad _____ Teléfono _____

Fecha de último examen físico _____ Condiciones medicas _____

Nombre del Dentista _____ Ciudad _____ Teléfono _____

Fecha de último examen dental _____ Condiciones medicas _____

Fecha del Último examen ocular _____ Lentes Contacto/Gafas: SÍ/NO NO
 (No incluye examen de visión en la escuela) Uso diario: Tiempo Completo Distancia Lectura

Plan Medico de Salud (NOMBRE del plan de seguro solamente): _____
 Si el estudiante no tiene cobertura de plan médico, escriba "NINGUNO"

Marque UNA columna a la derecha y el COMENTARIO, si aplica

Historial de Salud <i>Señale medicamentos en uso actualmente</i>	Nunca	Pasado <i>Sin preocupación desde 2 años</i>	Recientes <i>preocupación en el último año</i>	Curso <i>Persistente más de 1 año</i>
Reacciones alérgicas (medicación, alimentos, insectos, ambiental o latex)				
Asma				
Varicela/Mononucleosis				
Diabetes				
Infecciones del oído				
Desvanecimiento/Convulsiones				
Fracturas/Dislocacion/Torceduras				
Frecuentes Dolores de Cabeza				
Problemas del Corazón/Soplos				
Problemas de Riñón o Urinarios				
Contusiones graves de la Cabeza/Cuello/Espalda				
Problemas psicológicos/emocionales/de conducta				
Infecciones Respiratorias				
Alergias Estacionales				
Problemas de la Piel/Erupciones				
Estómago/Problemas Intestinales				
Problemas de Garganta				
Otros (especificar)				
Otros (especificar)				

¿Ha visitado un médico o salón de emergencia en los últimos 3 meses? (indique razón y recomendación médica) _____

¿Hospitalizaciones y Operaciones? (explique) _____

¿Qué medicamentos prescritos toma regularmente? (razón) _____

¿Ha visto un especialista? (explique la razón y el nombre del médico) _____

Si toma medicamento durante las horas escolares, comuníquese con la enfermera escolar para solicitar la orden del médico)

Comentarios Adicionales _____

La Enfermera de la escuela puede comunicarse con otras personas (profesores, administración, medico, o personal médico) familiarizado con mi hijo respecto a su salud. Cualquier información adquirida se dará con el fin de proteger o promover la salud y servicios educativos apropiados. La Enfermera de la escuela puede recibir del proveedor de atención médica de mi hijo cualquier información médica necesaria para proporcionar servicios de salud para mi hijo.

Firma Padre/Tutor: _____ Fecha: _____