*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 especificas):*

PARA DOLORES O MOLESTIAS

Acetaminofén(ejemplo, Tylenol)

Ibuprofeno (ejemplo, Motrin/Advil)

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

PARA LAS ALERGIAS

Cetirizina (ejemplo, Zyrtec)

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***

Nombre del Médico Ciudad Teléfono

Fecha de último examen físico Condiciones medicas

Nombre del Dentista Ciudad Teléfono

Fecha de último examen dental Condiciones medicas

Lentes Contacto/Gafas: SÍ/NO

Fecha del Último examen ocular Uso diario:  Tiempo Completo  Distancia  Lectura

*(No incluye examen de visión en la escuela)*

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**  *Señale medicamentos en uso actualmente* | **Nunca** | **Pasado**  *Sin preocupación desde 2 años* | **Recientes**  *preocupación en el último año* | **Curso**  *Persistente más de 1 año* |
| Reacciones alérgicas (medicación, alimentos, insectos, ambiental o latex) |  |  |  |  |
| Asma |  |  |  |  |
| Varicela/Mononucleosis |  |  |  |  |
| Diabetes |  |  |  |  |
| Infecciones del óido |  |  |  |  |
| 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: