

HOJA DE INFORMACIÓN DE SALUD DEL ESTUDIANTE

SISTEMA ESCOLAR DEL CONDADO HALL

Maestro(a)/Grado _____

Año escolar _____

Nombre de la escuela: _____ Fecha de nacimiento: _____ Nombre del estudiante: _____

Dirección de casa: _____ Teléfono de casa: _____

Padre/madre/tutor legal: _____ Núm. del trabajo: _____ Turno: _____

Núm. de casa: _____ Núm. de celular: _____

Padre/madre/tutor legal: _____ Núm. del trabajo: _____ Turno: _____

Núm. de casa: _____ Núm. de celular: _____

Cuestiones especiales de custodia: _____ (asegúrese de que la oficina tenga los documentos de la corte)

Dos contactos de emergencia disponibles para recoger a su hijo(a) de la escuela (en caso de que no se pueda contactar al padre/madre/tutor legal)

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono(s): _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono(s): _____

DATOS MÉDICOS:

Proveedor de atención primaria: _____ Núm. de teléfono: _____

Compañía de seguro médico: _____ O (marque uno) Peach Care Medicaid Ninguno

Indique **TODOS** los medicamentos que se toman en casa y en la escuela: _____

TENER EN CUENTA: Se requiere un **Formulario de permiso para medicamentos** para los **medicamentos que se administrarán en la escuela** (con la excepción a continuación). Por razones de seguridad, **TODOS** medicamento entregado a la escuela debe estar en un **contenedor cerrado, original** traído por el **padre/madre/tutor legal**.

Por razones de seguridad, los estudiantes no pueden llevar medicamentos a la escuela.

En **MUY** raras circunstancias, Tylenol (Acetaminofén) puede permitir que mi hijo(a) regrese a clases **según la evaluación y el juicio clínico de la enfermera de la escuela**. Doy permiso para que la enfermera autorizada en la escuela le dé Tylenol a mi hijo(a). Si un(a) niño(a) necesita este medicamento, **más de 2 veces**, el padre o madre debe proporcionar Tylenol junto con un Formulario de medicamentos para padres.

COLOCAR LAS INICIALES DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL AQUÍ para indicar su consentimiento: _____

1. Acetaminofén _____ dosis _____ vía _____ fecha _____ hora _____ Firma de la enfermera

2. Acetaminofén _____ dosis _____ vía _____ fecha _____ hora _____ Firma de la enfermera

HISTORIAL MÉDICO: Marque S o N; si la respuesta es S, brinde información adicional en el espacio proporcionado

S N **Asma:** ¿Le han recetado un inhalador? S N; Se necesita el inhalador en la escuela: _____

S N **Diabetes:** Tipo 1 Tipo 2 Comentarios: _____

S N **Convulsiones:** ¿Actualmente está medicado(a)? S N; Tipo y fecha de la última convulsión: _____

S N **Alergias:** ¿a qué? (Alimentos, medicamentos, estacional) _____

Historial de **Anafilaxia** (alergias que amenazan la vida) a: _____ Benadryl Epi- Pen Otro _____

S N **Enfermedad cardíaca** ; Comentarios: _____

S N **Hospitalizaciones previas:** _____ **Cirugías pasadas:** _____

Y N **Gafas/lentes de contacto** S N **Audífonos** S N **Migrañas** S N **Hemorragias nasales frecuentes**

Indicar OTROS diagnósticos, enfermedades, limitaciones o discapacidades no enumeradas: _____

** En caso de que ocurra una reacción alérgica *no diagnosticada* que amenaza la vida, la escuela se ha asociado con los Servicios de Salud del Distrito 02 para administrar Epinephrine, un medicamento que salva vidas. El personal escolar designado está capacitado para evaluar, llamar al 911 y administrar Epinephrine. Cuando se administra Epinephrine, el estudiante será transportado a la sala de emergencias para su evaluación y tratamiento posterior, si es necesario.

** En el caso de una emergencia o accidente que implique a este estudiante y el padre/madre/tutor legal no pueda ser contactado, doy permiso a las autoridades escolares para tomar medidas de emergencia apropiadas, incluso llamar al 911, para el transporte a un hospital. También doy permiso al personal de la sala de emergencias del hospital para tratar al estudiante a menos que yo esté presente y solicite lo contrario. Los honorarios por el transporte y los servicios médicos serán responsabilidad del padre/madre/tutor legal.

Firma del padre/madre/tutor _____

Fecha _____

Rev 3/18