

Entregado a los padres: IHP _____ (IHP rechazado _____) Formulario médico _____ 504 Carta _____

Fecha: _____

El estudiante tiene un: 504 _____ IEP _____

Agregado a Skyward _____

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE SALUD ESTUDIANTIL DE LAS ESCUELAS DEL CONDADO DE SUMNER

Año escolar 2020-21

Estimados padres / tutores: Complete la siguiente información, DELANTERA Y ATRÁS, y devuélvala lo antes posible. Esta información solo se compartirá con el personal escolar necesario para mantener y promover la salud / bienestar del estudiante.

Nombre del estudiante: _____ Sexo: masculino / femenino Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Aula o Maestra del primer período: _____

Escuela a la que asistió el año pasado: _____

El estudiante: Usara el autobus _____ (Número del autobús: AM _____ PM _____) Usara un automóvil _____ Conduce _____ Otro _____

Los padres / tutores son responsables de proporcionar TODOS los medicamentos, incluidos los medicamentos de venta libre (OTC), para sus hijos. Todos los medicamentos deben ser entregados a la escuela en persona por el padre, tutor o el adulto designado por el padre / tutor.

Marque y explique en el espacio a continuación si su hijo, ACTUALMENTE o SOLO EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS, ha tenido alguna de las siguientes condiciones:

| Enfermedad / condición | Si | No | Por favor explique / explique aquí: |
|--|----|----|--|
| Diabetes | | | En caso afirmativo, ¿Tipo I o Tipo II? (por favor circule) ¿Alguna medicación? |
| Problemas del corazón | | | |
| Problemas renales o urinarios significativos | | | |
| Asma (en los últimos 2 años) | | | ¿Se usa un inhalador de rescate? S / N ¿Otros medicamentos? |
| Preocupaciones psicológicas | | | En caso afirmativo, indique los medicamentos actuales: |
| Problemas estomacales / intestinales | | | |
| Trastorno convulsivo | | | Tipo: _____ Fecha de la última convulsión: _____ Medicamentos: _____ |
| | | | ¿Se prescribe Diastat? S / N ¿Se ha dado alguna vez? S / N Fecha de la última fecha: _____ |
| Alergias que amenazan la vida | | | ¿A qué? _____ |
| | | | ¿Se prescribe un EpiPen®? S / N ¿Se ha usado alguna vez? S / N Fecha de la última utilización: _____ |
| | | | ¿Benadryl se administra con EpiPen®? S / N |

| |
|--|
| Enumere todas las otras alergias conocidas (es decir, medicamentos, alimentos, nueces, picaduras de abejas, etc.): |
| |
| |
| Otras preocupaciones importantes de salud: |
| |
| |

¿Tiene su hijo una discapacidad física o mental que limita significativamente una o más actividades importantes de la vida? S / N En caso afirmativo, explique:

¿Su hijo toma medicamentos regularmente, no mencionados anteriormente? S / N En caso afirmativo, ¿qué? _____

Médico primario del estudiante: _____ Teléfono: _____

Dentista / ortodoncista del estudiante (si corresponde): _____ Teléfono: _____

Su firma es un consentimiento informado para compartir información del historial de salud con el personal de la escuela según sea necesario para planes de emergencia y planes de salud. La información de salud del estudiante, dentro del entorno escolar, se limita a la información necesaria para servir a los intereses de educación y salud del estudiante. Su firma le da permiso a la enfermera de la escuela para comunicarse con los proveedores de atención médica de su estudiante con respecto a las preocupaciones de salud.

Nombre del padre / tutor: _____ Firma: _____

Fecha: _____ Teléfono de la casa: _____ Celular: _____

Trabajo / extensión: _____

Dirección (es) de correo electrónico de los padres: _____

EL NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

**SUMNER COUNTY SCHOOLS
PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS**

NUNCA ENVÍE MEDICAMENTOS DE NINGÚN TIPO A LA ESCUELA CON SU HIJO. Solo se administrarán los medicamentos necesarios para mantener la asistencia del estudiante. Todos los estudiantes deben tener formularios con receta y sin receta completos antes de que la escuela pueda administrar medicamentos al estudiante. **Los medicamentos de venta libre / sin receta se administrarán solo de acuerdo con las instrucciones del paquete**, a menos que estén acompañados por una orden del médico con instrucciones alternativas. Todos los medicamentos recetados requieren la firma del médico y de los padres. La etiqueta de la farmacia **DEBE** coincidir con la orden escrita del médico. Los medicamentos sin receta requieren la firma de uno de los padres únicamente y deben enviarse en un **frasco sellado y sin abrir**. **No se aceptarán bolsas Ziploc, botellas sin etiqueta ni medicamentos vencidos.**

***Tenga en cuenta; No se administrarán en la escuela medicamentos y / o tratamientos alternativos como suplementos herbales, medicamentos homeopáticos, vitaminas, ungüentos, suplementos nutricionales, aceites esenciales y cualquier otro producto que no esté regulado por la FDA. Las acciones y los posibles efectos secundarios de estos productos no están disponibles para los proveedores de atención médica y el personal escolar no puede administrarlos de manera segura. ***

- .. Los medicamentos matutinos y "1 vez al día" deben administrarse en el hogar. Esto incluye medicamentos de venta libre como Advil y Tylenol.
- .. Los antibióticos ordenados **menos de 4 veces** al día **no se** administrarán durante el horario escolar.
- .. Los narcóticos **no se** administrarán rutinariamente durante el horario escolar.
- .. Se debe completar un nuevo formulario de medicamento **cada año escolar**. Esto incluye pedidos de insulina y medicamentos de emergencia.
- .. Las pautas de medicación para las Escuelas del Condado de Sumner no permiten la administración de aspirina o productos que contengan aspirina sin la orden de un médico (BC Powder, Pamprin, Excedrin Migraine, Bayer Aspirin, Midol, Goody's Powder, Pepto-Bismol, etc.). Si no está seguro de si un producto contiene aspirina, consulte la lista de ingredientes activos para "salicilato" o "ácido salicílico" o consulte a su farmacéutico. Si estos productos deben administrarse durante el horario escolar, se requerirá una orden del médico.
- .. Cualquier cambio en la medicación debe ir acompañado de un nuevo formulario, con los cambios anotados y firmados por el médico. Esto incluye suspender un medicamento diario.
- .. Todos los medicamentos no utilizados solo se devolverán al adulto designado por el padre / tutor / padre. Si no se recoge el medicamento dentro de las dos semanas posteriores a la solicitud, o si se suspende el medicamento, se descartará. No se almacenarán medicamentos durante el verano; **Los medicamentos que quedan al final del año escolar serán descartados después de la salida en el último día completo de instrucción.**
- .. **Ningún estudiante debe transportar o poseer medicamentos en la propiedad escolar, aparte de los medicamentos de emergencia permitidos por la ley estatal y la orden del médico (es decir, EpiPen, inhalador de rescate, glucagón, enzimas CF).**

He leído y entiendo la información anterior y soy consciente de que mi hijo no recibirá medicamentos en la escuela a menos que mi designado o yo lo traigamos. Entiendo que se me notificará que venga a la escuela para firmar cualquier medicamento que no se traiga en correctamente.

Firma del padre / tutor

Fecha

PADRE / TUTOR POR FAVOR COMPLETE AMBOS LADOS DE ESTE FORMULARIO

Notas de la enfermera / personal únicamente:

