

SUMNER COUNTY SCHOOLS INFORMACION DE SALUD PARA ESTUDIANTES Año escolar 2016-17

Estimado padre / tutor: Por favor complete el siguiente formulario de información delantero y trasero, y volver lo más pronto posible. Esta información sólo se compartirá con el personal escolar necesario para mantener y promover la salud del estudiante.

Nombre y apellido: _____ Sexo: M / F Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Maestro de 1er periodo: _____

Escuela del año pasado: _____

Student llega en: Bus _____ (número de bus-AM _____ PM _____) Carro _____ Maneja _____ Otro _____

Los padres / tutores son responsables de proporcionar todos los medicamentos, incluyendo los medicamentos de venta sin receta (OTC), para sus hijos. Todos los medicamentos deben ser entregados a la escuela por un padre/tutor o designado del padre.

Si su hijo ACTUALMENTE tiene o ha tenido, en los últimos 2 años alguno de los problemas enumerados a continuación, marque "Sí" al lado del problema de salud y explicar en el espacio correspondiente:

Enfermedad / Condición	Sí	No	Explique aquí
Diabetes			Tipo 1 o 2? Usa medicamentos?
Problemas de corazón			
Problemas renales o urinarios			
Asma (últimos 2 años)			Se utiliza un inhalador de rescate? Sí / No Otros medicamentos?
Preocupaciones psicológicas			A caso de sí, lista de medicamentos
Problemas del estómago/ intestinos			
Convulsiones			Tipo: _____ Fecha de ultima convulsión: _____ Medicamentos: _____
			Se usa Diastat? S / N Se ha dado Diastat en el pasado? S / N Fecha de ultimo uso: _____
Alergias mortales			A qué? _____
			Se usa EpiPen®? S / N Se ha usado en el pasado? S / N Fecha de ultimo uso: _____
			Se da Benadryl con el EpiPen®? S / N
Lista de todas alergias (medicamentos, comidas, nueces, abejas, etc.):			
Otras preocupaciones medicas:			

¿Su hijo tiene un impedimento físico o mental que limita significativamente una o más actividades principales de la vida? Sí / No En caso afirmativo, explique: _____

¿Toma su hijo medicamento regularmente no mencionado anteriormente? Sí / No En caso afirmativo, ¿qué? _____

Doctor/Pediatra: _____ Teléfono: _____

Dentista/Ortodontista _____ Teléfono: _____

Su firma es un consentimiento informado para compartir información del historial de salud con el personal escolar sobre la base de la necesidad o de emergencia. Información sobre la salud de los estudiantes, en el entorno escolar, se limita a la información necesaria para servir la educación, salud, y los intereses del estudiante. Su firma da permiso a la enfermera de la escuela para comunicarse con el médico de su hijo con respecto a los problemas de salud.

Nombre de padre/tutor: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Telefono: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Correo electrónico: _____

PADRE/TUTOR ----- FAVOR DE COMPLETAR LOS DOS LADOS DE ESTE FORMULARIO

**SUMNER COUNTY SCHOOLS
PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS**

NUNCA MANDE MEDICAMENTOS DE NINGUN TIPO A LA ESCUELA CON SU HIJO. Sólo los medicamentos necesarios para mantener la asistencia del estudiante se les dará (no suplementos, vitaminas, etc.). Todos los estudiantes deben tener formas de prescripción y sin receta * completados antes de que la escuela puede administrar medicamentos a los estudiantes. Medicamentos sin receta / medicamentos no sujetos a prescripción serán dadas de acuerdo a las instrucciones del paquete solamente si no van acompañados por una orden del médico con diferentes direcciones. Todos los medicamentos de venta con receta requieren firma del médico y padre. La etiqueta de botella de la farmacia debe coincidir con la orden escrita del médico. Medicamentos no sujetos a prescripción sólo requieren la firma de un padre y deben ser enviadas en una botella sin abrir la sellada. No se aceptarán bolsitas de plástico Ziploc, botellas sin etiqueta, o medicamentos caducados.

***Tenga en cuenta; medicamentos y / o tratamientos alternativos, como los suplementos de hierbas, medicamentos homeopáticos, vitaminas, suplementos nutricionales pomadas, aceites y cualquier otro producto que generalmente no se consideran parte de la medicina convencional regulado por la FDA no serán administrados en la escuela. Las acciones y los efectos secundarios potenciales de estos productos no están fácilmente disponibles para los proveedores de atención médica y no se pueden administrar de forma segura por el personal escolar. ***

- ◆ medicamentos por la mañana se debe dar en casa. Esto incluye los medicamentos de venta libre, como Advil y Tylenol.
- ◆ Los antibióticos ordenados menos de 4 veces al día no se le dará durante el horario escolar.
- ◆ Narcóticos no se darán durante el horario escolar.
- ◆ Un nuevo formulario de medicamento debe ser completado cada año escolar. Esto incluye la insulina y las órdenes de medicamentos de emergencia.
- ◆ Directrices para la medicina para las escuelas del condado de Sumner no permiten la aspirina o productos que contengan aspirina a darse sin la orden de un médico (BC Powder, Pamprin, Excedrin, Aspirina Bayer, Midol, Goody Powder, Pepto-Bismol, etc.). Si no está seguro de si un producto contiene aspirina, por favor, compruebe la lista de ingredientes activos para "salicilato" o "ácido salicílico" o consulte a su farmacéutico.
- ◆ Cualquier cambio en la medicación debe ser acompañado de un nuevo formulario que incluya los cambios y firmado por el médico.
- ◆ Todos los medicamentos no usados serán devueltos a la persona designada, adultos/padres/tutores. Si el medicamento no es recogido dentro de las dos semanas de la petición, se descartará el medicamento. Ningún medicamento será almacenada durante el verano; medicamentos que quedan al final del año escolar serán tirados después de la salida en el último día de clases.

He leído y comprendido la información anterior y estoy consciente de que mi hijo no recibirá medicamentos en la escuela a menos que mi persona designada o yo lo traigo. Yo entiendo que se me notificará a venir a la escuela para firmar por cualquier medicamento que no se usa.

Firma de Padre/Tutor

Fecha

PADRE/TUTOR ----- FAVOR DE COMPLETAR LOS DOS LADOS DE ESTE FORMULARIO

(Uso Oficial) Nurse/Staff Notes Only:

STUDENT'S NAME: _____