

Poner al Corriente la Información de Salud Anual del Estudiante
Del Distrito Escolar del Condado de Elko

Nombre del Estudiante: _____

Fecha: _____ Grado: _____ Sexo _____ Fecha de Nacimiento: _____

MEDICAMENTOS

La ley estatal requiere una autorización por escrito de un proveedor de servicios de salud y de los padres antes de que cualquier medicamento (recetado o de venta libre) se pueda dar en la escuela. La forma está disponible de la enfermera. Todos los medicamentos deben ser almacenados en la oficina de salud escolar.

Se les permite a los estudiantes de llevar en la mano los medicamentos prescritos de emergencia, como un inhalador, un Epi-Pen (estuche de epinefrina) o suministros para la diabetes cuando las formas requeridas se han completado por el proveedor de cuidado de la salud del estudiante y el padre / tutor. Dichas formas están disponibles en la enfermería.

Medicamentos necesarios en la escuela:

Medicamentos necesarios en el hogar:

Autorización para la Administración de Medicamentos de Venta Libre

Las Enfermeras del ECSD están autorizadas para dar acetaminofén (Tylenol) y el ibuprofeno (Advil) para la enfermedad leve. Antes de darle a su hijo algún medicamento, la enfermera revisa el historial médico de su hijo para las condiciones, las alergias y otros medicamentos de su hijo que está tomando para asegurarse de que no hay conflicto. Usted siempre será notificado de inmediato de cualquier enfermedad o lesión grave. *Por favor notifique a la enfermera de la escuela si su hijo recibe algún medicamento antes de llegar a la escuela.*

El Acetaminofeno	5-11 Años	325 mg (una tableta) por vía oral, cada 4-6 horas según sea necesario
	12+ Años	325 mg (una-dos tabletas) por vía oral cada 4-6 horas según sea necesario
Ibuprofeno	<12 años y el peso es > 44 libras	200 mg (una pastilla) por vía oral cada 4-6 horas según sea necesario
	12 + Años de Edad	200 mg (una-dos tabletas) por vía oral cada 4-6 horas según sea necesario

Por favor, marque sólo uno:

- Doy permiso a las enfermeras de ECSD para administrar los medicamentos mencionados anteriormente en las dosis especificadas.
-
- Doy permiso a las enfermeras de ECSD para administrar los medicamentos anteriores a mi hijo, pero sólo si se ponen en contacto conmigo en primer lugar.
-
- NO doy permiso para que cualquiera de los medicamentos mencionados anteriormente de venta libre se le dé a mi hijo.

En caso de emergencia médica, autorizo a la escuela de para buscar atención médica para mi hijo si, a juicio de las autoridades escolares el tratamiento médico es necesario.

_____ Firma del Padre / Tutor

_____ Fecha

Divulgación de Información en la Salud / Emergencias Médicas

La divulgación de información de la salud dentro de la escuela se limita a la información necesaria para atender la salud del estudiante y los intereses de la educación.

En el caso de emergencia médica el personal de la escuela hará todo lo posible para ponerse en contacto con los padres. La información contenida en esta forma será compartida con el personal de emergencia.

Proyecciones de la Salud Escolar

La visión, oído, dental y proyecciones de escoliosis, así como mediciones de la altura y el peso se proporcionan a los estudiantes en varios grados. Los padres deben proporcionar una declaración por escrita a la enfermera de cada año para excusar a su hijo de exámenes estipulados.

Poner al Corriente la Información de Salud Anual del Estudiante
Del Distrito Escolar del Condado de Elko

Nombre del Estudiante: _____ Fecha: _____

Es la responsabilidad del padre / tutor de notificar a la escuela si hay un problema de salud nuevo o existente que afecta la capacidad del estudiante para participar en las actividades escolares.

SI	NO	LAS CONDICIONES DE SALUD
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ADD/ ADHA Desorden de Déficit de Atención
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias: Alimentos (Por favor lista): Por favor, especifique: <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Riesgo de Vida (requiere epinefrina) ¿Se Prescribió el Epi-Pen? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>En caso afirmativo:</i> <input type="checkbox"/> Se le Proveerá el Epi-Pen a la Escuela <input type="checkbox"/> El Epi-Pen se llevará en mano por el alumno Para garantizar una atención segura y adecuada, todos los estudiantes con Alergias de Peligro de Vida deben tener un <u>Plan de Manejo de la Alergia</u> completado por el médico y el padre / tutor. Por favor, solicite la forma de su Enfermera Escolar.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias: Abejas (Otro): Por favor, especifique: <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Riesgo de Vida (requiere epinefrina) ¿Se Prescribió el Epi-Pen? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>En caso afirmativo:</i> <input type="checkbox"/> Se le Proveerá el Epi-Pen a la Escuela <input type="checkbox"/> El Epi-Pen se llevará en mano por el alumno Para garantizar una atención segura y adecuada, todos los estudiantes con Alergias de Peligro de Vida deben tener un <u>Plan de Manejo de la Alergia</u> completado por el médico y el padre / tutor. Por favor, solicite la forma de su Enfermera Escolar.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias: Medicamentos (Por favor lista):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma (Por favor, Especifique): <input type="checkbox"/> Leve Intermitente (Toma medicamentos sólo con los síntomas y los síntomas ocurren 2 o menos días a la semana) <input type="checkbox"/> Se le proveerá a escuela el inhalador <input type="checkbox"/> El Estudiante se llevara en mano un inhalador <input type="checkbox"/> Leve Persistente (Toma medicamentos sólo con los síntomas y los síntomas ocurren más de 2 días / semana, pero menos de diario) <input type="checkbox"/> Se le proveerá a escuela el inhalador <input type="checkbox"/> El Estudiante se llevara en mano un inhalador <input type="checkbox"/> Moderada (Por lo general toma 1-2 medicamentos por día para prevenir los síntomas y los síntomas se producen a diario) <input type="checkbox"/> Se le proveerá a escuela el inhalador <input type="checkbox"/> El Estudiante se llevara en mano un inhalador <input type="checkbox"/> Severo (Por lo general toma 2-3 medicamentos de acción prolongada por día para prevenir los síntomas) <input type="checkbox"/> Se le proveerá a escuela el inhalador <input type="checkbox"/> El Estudiante se llevara en mano un inhalador Para garantizar una atención segura y adecuada, todos los estudiantes con inhaladores debe tener un <u>Plan de Manejo del Asma</u> completado por el médico y el padre / tutor. Por favor, solicite la forma de su Enfermería Escolar.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2 Para garantizar una atención segura y adecuada, todos los estudiantes con diabetes deberían tener un <u>Plan de Gestión de la Diabetes</u> completado por el médico y el padre. Por favor, solicite la forma de su Enfermería Escolar.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Discapacidad Auditiva o Pérdida de la Audición Completa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Condición del Corazón (Por favor, Especifique):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Músculo / Hueso / Problemas de Conjuntas (Por favor, Especifique):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Esta el estudiante recibiendo atención de un médico u otro proveedor de atención médica para las migrañas?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno neurológico? (Por favor, especifique):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psicológico / Emocional / Temas de Comportamiento (Por favor, Especifique):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno Convulsivo: (Por favor, especifique el tipo de ataque y la fecha de la última convulsión o la frecuencia de las convulsiones)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene el estudiante algún problema de salud / enfermedad que pueda afectar el rendimiento de su hijo en el salón de clases o actividades de educación física? Si es así, por favor explique: