

Dado a los padres: IHP _____ (IHP Disminuido _____) forma médica _____ Carta 504 _____

Fecha: _____

El estudiante tiene un: 504 _____ IEP _____

Añadido a iNow _____

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE SALUD DEL ESTUDIANTE DE SUMNER COUNTY SCHOOLS Año escolar 2019-20

Estimados padres/guardianes: por favor complete la siguiente información, PARTE DELANTERA Y TRASERA y devuelva tan pronto como sea posible. Esta información sólo se compartirá con el personal escolar necesario para mantener y promover la salud/bienestar del estudiante.

Nombre del estudiante: _____ Sexo: macho/hembra Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Salón hogar o maestro de 1er periodo: _____

La escuela donde asistió el año pasado: _____

Modo de transporte estudiantil: Autobús _____ (número de autobús -AM _____ PM _____) Carro _____ Conduce _____

Otra manera _____

Los padres/guardián son responsables de proporcionar todos los medicamentos, incluyendo medicamentos de venta libre (OTC), para sus hijos. Todos los medicamentos deben ser entregados a la escuela en persona por el padre, guardián, o el designado adulto del padre/guardián. **Compruebe y explique en el espacio siguiente si su hijo, ACTUALMENTE o en los ULTIMOS 2 AÑOS, ha tenido alguna de las siguientes condiciones:**

Enfermedad/afección	Sí	No	Por favor explique/elaboren aquí
Diabetes			En caso afirmativo, ¿tipo I o tipo II? (circule por favor) ¿Algún medicamento?
Problemas cardíacos			
Problemas renales o urinarios			
Asma (en los últimos 2 años)			¿Se utiliza un inhalador de rescate? Sí/No ¿Otros medicamentos?
Preocupaciones psicológicas			Si es así, por favor enumere los medicamentos actuales:
Problemas estomacales/intestinales			
Trastorno convulsivo			Tipo: _____ Fecha de la última convulsión: _____ Medicamentos: _____ ¿Se prescribe Diastat? Sí/No ¿Se ha dado alguna vez? Sí/No última fecha dada: _____
Alergias potencialmente mortales			¿A qué? ¿Se prescribe un EpiPen®? Sí/No ¿Se ha usado alguna vez? Sí/No última fecha dada: _____ ¿Se administra Benadryl con el EpiPen®? Sí/No
Enumere todas las otras alergias conocidas (es decir, medicamentos, alimentos, nueces, picaduras de abeja, etc.):			
Otros problemas de salud:			

¿Tiene su hijo un impedimento físico o mental que limite significativamente una o más actividades importantes de la vida? Sí/No En caso afirmativo, explique: _____

¿Su hijo toma medicamentos regularmente, no se enumeran arriba? Sí/No ¿En caso afirmativo, qué? _____

Médico primario del estudiante: _____ Número de teléfono: _____

Dentista/ortodoncista del estudiante (si corresponde): _____ Número de teléfono: _____

Su firma es un consentimiento informado para compartir información del historial de salud con el personal de la escuela en una base de necesidad de saber 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 la educación del estudiante y los intereses de salud. Su firma le da permiso a la enfermera de la escuela para comunicarse con el (los) proveedor(es) de atención médica de su estudiante con respecto a problemas de salud.

Nombre del padre/ guardián: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Teléfono de la casa: _____ Celular: _____ Trabajo/ext.: _____

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

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

ESCUELAS DEL CONDADO DE SUMNER
PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

NUNCA ENVÍE MEDICAMENTOS DE NINGÚN TIPO A LA ESCUELA CON SU HIJO. Solo se administrarán los medicamentos requeridos para mantener la asistencia del estudiante. Todos los estudiantes deben tener formularios de prescripción y sin receta completados antes de que la escuela pueda administrar medicamentos al estudiante. **Los medicamentos de venta libre/sin prescripción se administrarán de acuerdo con las instrucciones del paquete solamente**, a menos que vayan acompañados de una orden del médico con direcciones alternativas. Todos los medicamentos recetados requieren la firma del médico y el padre. La etiqueta de la farmacia **DEBE** coincidir con la orden escrita del médico. Los medicamentos sin prescripción requieren la firma de un progenitor solamente y deben enviarse en un frasco sellado y sin abrir. **No se aceptarán bolsitas Ziploc, botellas sin etiquetar o medicamentos caducados.**

*** Tenga en cuenta; medicamentos alternativos y/o tratamientos como suplementos herbales, medicamentos homeopáticos, vitaminas, salves, suplementos nutricionales, aceites esenciales y cualquier otro producto que no se considere generalmente parte de la medicina convencional, regulado por la FDA , no se administrará en la escuela. Las acciones y los posibles efectos secundarios de estos productos no están fácilmente disponibles para los proveedores de atención médica y no pueden administrarse de forma segura por el personal de la escuela. ***

- ◆ Los medicamentos matutinos y "una vez al día" deben administrarse en casa. Esto incluye medicamentos de venta libre, como Advil & Tylenol.
- ◆ Los antibióticos ordenados menos de 4 veces al día no se administrarán durante el horario escolar.
- ◆ Los narcóticos no se administrarán rutinariamente durante las horas escolares.
- ◆ Se debe completar un nuevo formulario de medicación cada año escolar. Esto incluye las órdenes de insulina y medicamentos de emergencia.
- ◆ Las pautas de medicación para las escuelas del Condado de Sumner no permiten que la aspirina o los productos que contienen aspirina se administren sin la orden de un médico (BC Powder, Pamprin, Excedrin migraña, Bayer aspirin, Midol, Goody's Powder, Pepto-Bismol, etc.). Si usted no está seguro si un producto contiene aspirina, por favor revise 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, con los cambios anotado, y firmado por el médico. Esto incluye suspender un medicamento diario.
- ◆ Todos los medicamentos no utilizados solo se devolverán al designado adulto de los padres/guardianes/padres. Si no se recoge el medicamento dentro de las dos semanas siguientes a la solicitud, o si se interrumpe el medicamento, **se descartará el medicamento**. No se almacenará ningún medicamento durante el verano; **los medicamentos que quedan al final del año escolar serán desechados después del despido en el último día completo de instrucción.**
- ◆ **Ningún estudiante debe transportar o poseer medicamentos en la propiedad de la escuela, 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 traiga. Entiendo que me notificarán para venir a la escuela a firmar para cualquier medicamento que no se ha traído correctamente.

Firma del padre/ guardián

Fecha

PADRE/GUARDIÁN POR FAVOR COMPLETE AMBOS LADOS DE ESTE FORMULARIO

Sólo notas de enfermera/personal: _____

