



PHONE: 956-565-4620

FAX: 956-565-9112

scitech.stisd.net

900 Med High Drive
Mercedes, Texas 78570

Business, Education, Technology Academy
■ The Science Academy of South Texas

Rising Scholars Academy of South Texas
South Texas Preparatory Academy

South Texas Academy for Medical Professions
South Texas High School for Health Professions

Dear Parent/Guardian,

Please submit the following information on your child:

Current immunization record

Student Emergency Record (**complete front and back**)

Food allergy information

TB questionnaire

State mandated screenings (vision, hearing, and spinal)

If you have any questions, please feel free to contact me.

Thank you,

Brenda Swinnea R.N.

School Nurse

Estimado Padre / Tutor,

Por favor envíe la siguiente información sobre su hijo:

Registro de vacunas actual

Registro de Emergencia del Estudiante (**complete el frente y espalda**).

Información sobre alergias los alimenticias

Cuestionario de tuberculosis

Pruebas exigidas por el estado (visión, audición y columna vertebral)

Si tiene alguna pregunta, no dude en ponerse en contacto conmigo.

Gracias,

Enfermera Escolar,

A Message to Parents and Student Regarding Student Medications, Illness, and Leaving Campus When Ill

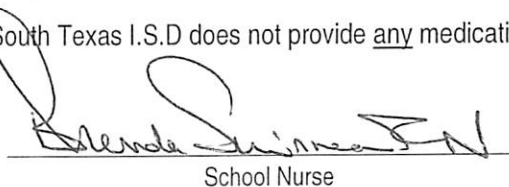
Parents: Please keep this information to review.

1. If at any time during the school year it becomes necessary for your child to be on medication, the following guidelines must be followed. When possible all medication should be given by the parent at home. However, some medications will be dispensed at school; designated employees of South Texas ISD may administer medication to a student provided the following guidelines are adhered to:
 - a. All medication should be brought to the clinic on arrival to school. For the safety of all students, medication should be brought to the clinic by the PARENT. No child will be allowed to transport medication unless they are eligible to self-administer (inhaler, Epi-pen, or insulin). Parents will complete proper forms when medication is dropped off.
 - b. Medication administered on a long term basis will require written instructions from the prescribing physician.
 - c. Short term medication, (over-the-counter), will not be administered for more than 4 weeks without a doctor's written order. After 4 weeks it will be discarded if not picked up by the parent.
 - d. Medication obtained outside the U.S. will **NOT** be administered.
 - e. Student's medication prescribed or over-the-counter, must be in the original labeled containers, and must not be expired. All prescription medication must include the pharmacy label (if the label is on a box, it must accompany the medication). For over-the-counter medicine, please bring the smallest amount of medication possible. For example, bring a bottle with 30 pills instead of 100. The pharmacy can supply 2 labeled bottles for this for this purpose. No medication in baggies will be administered by the nurse or other staff members.
 - f. All medication is to be kept in the clinic in a locked cabinet. Students may not carry medication on their person except those with a written doctor's order to self-administer (inhaler, Epi-pen, or insulin).
2. A sick student can return to school after 24 hours have passed with a normal temperature (98.6 degrees Fahrenheit or 37 degrees Celsius) without the use of fever-reducing medications. A fever is defined as 100.0 degree Fahrenheit or higher.
3. Please be advised that if the student is admitted to the hospital during the school year we require a release to return to school.
4. If there is any medical reason why your child should not participate in physical activities, or needs to use the restroom frequently, please bring a note from your doctor so that we can act on it immediately.
5. Only a Parent or Guardian can pick up a student when ill. A parent or guardian may give consent in writing to principal, nurse, or front desk for another person to pick up their child with a valid form of ID.

Please note: in accordance with legal and local policies, South Texas I.S.D does not provide any medications.



Principal



School Nurse

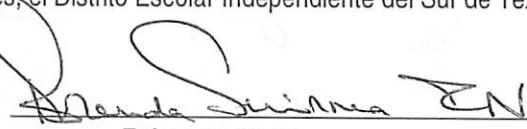
Un Mensaje para Padres y Estudiantes Referente a Medicamentos, Enfermedades y Salida de la Escuela Debido a una Enfermedad o Malestar.

Padres: Favor mantenga esta información para su revisión.

1. Los siguientes lineamientos se deberán seguir si en cualquier momento, durante el año escolar, su hijo(a) llegase a necesitar tomar medicamentos. Es preferible que todos los medicamentos sean administrados y dispensados en su casa cuando esto sea posible. Sin embargo, debido al padecimiento, algún(os) medicamento(s) podrían o tendrían que ser administrados en la escuela y para ello los empleados designados por el Distrito Escolar Independiente del Sur de Texas (STISD) podrían suministrar medicamentos a un estudiante siempre y cuando se cumpla con las siguientes reglas:
 - a. Todo el medicamento deberá ser traído a la enfermería al momento que lleguen a la escuela. Para la seguridad de todos los estudiantes, el o los medicamentos deberán ser traídos por el(los) padre(s) a la escuela. No se permite al alumno que transporte medicamentos a menos que sean elegibles de auto dosificación (por ejemplo, inhaladores (asma), Epi-Pen o insulina.) Los padres deberán de llenar las formas apropiadas cuando dejen los medicamentos en el área designada.
 - b. Los medicamentos que deban de ser administrados por un largo tiempo requieren instrucciones por escrito del doctor que las receto.
 - c. Medicamentos de corta duración es decir los de venta libre (que se compran sin receta) no podrán ser administrados por más de 7 días sin una orden del doctor por escrito. Los medicamentos serán descartados después de 4 semanas si no son recogidos por un padre/tutor.
 - d. El medicamento obtenido fuera de los Estados Unidos **NO** podrá ser administrado por los empleados del distrito escolar.
 - e. El o los medicamentos, sean de receta o de venta libre, tienen que estar en su envase original, con su etiqueta original y tener una fecha de consumo apropiada (no después de la caducidad). Todo el medicamento de receta tiene que incluir la etiqueta de la farmacia (si la etiqueta está en la caja entonces la caja debe de acompañar al medicamento.) Para la medicina que no necesita receta (de venta libre) favor de traer la cantidad de medicina más pequeña, por ejemplo, si la presentación del producto es de 30 y de 100 pastillas, favor de traer la de 30 pastillas y no la otra. La farmacia puede darle dos botes etiquetados para este propósito. La enfermera o algún otro miembro del personal escolar no administrara medicamentos traídos en bolsas no aprobadas.
 - f. Todos los medicamentos serán mantenidos en la enfermería dentro de gavetas bajo llave. Los estudiantes no deben de traer medicamentos en su posesión con la excepción de aquellas medicinas de auto administración ordenados por el doctor (inhaladores, o Epi-pen o insulina).
2. Un estudiante enfermo puede regresar a la escuela después de que hayan transcurrido 24 horas con una temperatura normal (98.6 grados Fahrenheit o 37 grados Celsius) sin el uso de medicamentos para reducir la fiebre. Una fiebre es definida a 100.0 grados Fahrenheit.
3. Por favor tenga en cuenta que si el estudiante es ingresado en el hospital durante el año escolar, requerimos una autorización para regresar a la escuela.
4. Si existe alguna razón medica que prevenga la participación de su hijo(a) en actividades físicas o necesita usar el inodoro frecuentemente, por favor mándenos la nota de su doctor para que nosotros podamos actuar inmediatamente.
5. Solamente el(los) padre(s) o su tutor legal podrá recoger al estudiante cuando este se sienta enfermo o tenga un malestar que le impide seguir las clases. El padre o su tutor legal podrá dar el consentimiento por escrito al director, a la enfermera o al personal de la oficina designado a otra persona para que pueda recoger al alumno, esta otra persona deberá traer y enseñar una identificación con foto para acreditarse y poder recoger a su hija(a).

Favor de enterarse: de acuerdo a las pólizas legales y locales, el Distrito Escolar Independiente del Sur de Texas (STISD) no provee medicina alguna.


Director


Enfermera Escolar

STUDENT EMERGENCY RECORD
SOUTH TEXAS I.S.D.

Grade/grado: _____ ID#: _____

School Year: _____

DOB/fecha de nacimiento: _____

Entry Date: _____

Last Name of Student /Apellido del Estudiante _____ First Name/ Nombre _____ Middle Name/ Segundo Nombre _____

Address /Dirección _____ City/Ciudad _____ Zip Code/Código postal _____

Home Phone/ Teléfono _____ Emergency Phone/ # de Emergencia _____ Name/ Nombre _____ Relationship/ Relación _____

Name of Father/ Nombre de Padre _____ Occupation/ Ocupación _____ Business Phone/ # de trabajo _____ Cell Phone/ # Cellular _____

Name of Mother/ Nombre de Madre _____ Occupation/ Ocupación _____ Business Phone/ # de trabajo _____ Cell Phone/ # Cellular _____

Family Physician / Medico Familiar _____

Choice of Hospital/Elección de Hospital _____

EMERGENCY MEDICAL AUTHORIZATION/ Autorización médica de emergencia

I hereby authorize District employees to administer prescription, as well as nonprescription medication, when PROVIDED by me under the following provisions. *Por la presente autorizo a los empleados del Distrito administrar medicamentos recetados y sin receta, cuando proporcionada por mí en las siguientes disposiciones:*

1. The District has received a written request to administer the medication from the parent, legal guardian or other person having legal control of the student.

El distrito ha recibido una solicitud por escrito para administrar el medicamento por los padres, tutor legal u otra persona que tenga control legal del estudiante

2. When administering the medication, the medication must be in the original container and be properly labeled.

Cuando se administra el medicamento, el medicamento debe estar en su envase original y estar debidamente etiquetados.

3. Medication obtained outside of the United States shall not be administered by district employees to students unless written authorization is on file from a physician licensed to practice in the United States.

El medicamento obtenido fuera de los Estados Unidos no será administrado por empleados del distrito a los estudiantes, sin la autorización por escrito está en el archivo de un médico con licencia para ejercer en los Estados Unidos.

I give authorization for the school to call the family physician and to follow the recommendations of the physician. I give authorization for an ambulance to be called, if necessary. I give authorization for another doctor to treat my child in case the family physician is not available. I give authorization for my child to be given the necessary medical attention in case the school cannot communicate with me. **I will not hold the school district financially responsible for the emergency care and/or transportation of my child.**

*Doy autorización a la escuela para llamar al médico de familia y seguir las recomendaciones del médico. Doy autorización para que una ambulancia se llamada, si es necesario. Doy autorización para que otro médico de el tratamiento de mi hijo(a) en caso de que el médico de cabecera no está disponible. Doy autorización para que mi hijo(a) sea dado la atención médica necesaria en caso de que la escuela no puede comunicarse conmigo. **No haré al distrito escolar financieramente responsable de la atención de emergencia y / o transporte de mi hijo.***

Parent/Guardian Signature (Firma) _____

Date/Fecha _____

List any medication your child is taking: *Anotar medicamento que toma su niño/niña:*

At home / *en la casa* _____

At school / *en la escuela* _____

All medication should be brought to the clinic on arrival to school. Medication should be brought to the clinic by the parent. Parents will complete proper forms when medication is dropped off. Todo el medicamento debera ser traído a la enfermería al momento que lleguen a la escuela. Los padres deberán de llenar las formas apropiadas cuando dejen los medicamentos en el área designada.

Please Turn Over/Voltearse 

Student Name: _____ DOB: _____ Grade: _____ ID#: _____ School Year: _____

Has your child had any of the health problems listed below? Please explain if you answer yes. / ¿Ha tenido su hijo(a) alguno de los problemas de salud enlistados? Explique por favor si contesta sí.

Condition/Condición:	Yes/Sí	No	Elaboration / Elaboración:
Allergy- Seasonal, Environmental, Food, medication. <i>Alergias Estacionales, ambientales, de alimentos, medicamentos</i>			to what?/¿a qué?
***"Severe food allergy means a dangerous or life-threatening reaction of the human body to a food-borne allergen introduced by inhalation, ingestion, or skin contact that requires immediate medication attention. If it is not listed, there will be an understanding that your child does not have any allergies."** * "Alergia alimentaria severa significa una reacción peligrosa o potencialmente mortal del cuerpo humano a un alérgeno de origen alimentario introducido por inhalación, ingestión o contacto con la piel que requiere atención medica inmediata. Si no aparece, es entendido de que su hijo(a) no tiene algún tipo de alergia."*			
Life threatening allergies/reactions? <i>¿Tiene alergias que amenazan la vida?</i>			to what?/¿ a qué? Require medication?/¿Requiere medicamento?
Asthma/Asma – A doctor's written authorization is required to carry and self-administer asthma medication at school. <i>Una autorización escrita por un medico es requerida para que un estudiante cargue y administre su medicina en la escuela.</i>			Has a doctor given approval for your child to carry and self-administer the medication in school? ¿Le dio el médico una autorización para cargar y administrarse su medecina en la escuela?
Mental/Psychological Disorders (Trastornos mentales / psicológicos) – (ADHD/ Depression/Anxiety (Ansiedad)/Autism(o)...			If yes, what disorder? ¿Que desorden/trastorno?
Birth defect/Defecto de nacimiento			
Diabetes/Diabetes			
Chronic Ear Infection/Infecciones crónicas del oído			Has tubes? ¿Tiene tubos?
Hearing Problems/problema auditivo			Hearing Aids?/¿Aparato para oír?
Eye/Ojo - Wears glasses or contacts? <i>¿Usa lentes o contactos?</i>			
Other Disorders of the Eye/otras enfermedades del ojo			
Epilepsy/Seizures Epilepsia/Desorden de ataques			Date of last seizure?/¿Fecha de último ataque?
Hepatitis / Hepatitis			Type/Tipo A B C
Kidney/Bladder Problems/Problema de riñón /vejiga			
Rheumatic Fever/Fiebre Reumática			
Ulcers/Gastritis/Ulceras/Gastritis			
Orthopedic/Bone Problems?/¿Problema ortopédico (huesos)?			
Heart Problems/Problema Cardíaco			
Doctor ordered restrictions?/¿Restricciones de actividad por orden del doctor?			

Other Conditions or Comments/Otras Condiciones o Comentarios: _____

☐ Business, Education, Technology Academy

☐ Rising Scholars Academy of South Texas

☐ South Texas Academy for Medical Professions

☒ The Science Academy of South Texas

☐ South Texas Preparatory Academy

☐ South Texas High School for Health Professions

SOLICITUD DE INFORMACIÓN DE ALERGIAS ALIMENTARIAS

(STISD solicita que el padre o tutor de cada estudiante que asiste a cualquier escuela de STISD revelen alergias alimenticias del estudiante.)

Este formulario le permite a revelar si su hijo(a) tiene una alergia a los alimentos o alergia alimentaria severa que cree que debe ser revelada a STISD con el fin de tomar las precauciones necesarias para la seguridad de su hijo(a).

"Alergia alimentaria severa" significa una reacción peligrosa o potencialmente mortal del cuerpo humano a un alérgeno de origen alimentario introducido por inhalación, ingestión o contacto con la piel que requiere atención médica inmediata.

Por favor liste cualquier alimento a los cuales su hijo(a) es alérgico o alérgica severa, así como la naturaleza de la reacción alérgica de su hijo(a) para la comida. **Por favor, devuelva este formulario a la Clínica de la enfermera. Si no se devuelve, habrá un entendimiento de que su hijo(a) no tiene alergias alimenticias.**

Alimentos:	Naturaleza de la reacción alérgica a los alimentos:

STISD mantendrá la confidencialidad de la información proporcionada anteriormente y puede revelar la información a maestros, consejeros escolares, enfermeras escolares y otro personal escolar apropiado dentro de las limitaciones de la Acta de los Derechos Educativos de la Familia y la Privacidad y la póliza del distrito.

Nombre de Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____

Teléfono del trabajo _____ Teléfono de casa: _____

Firma de Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Nombre de Padre/Tutor (por favor imprima): _____

Date form was received by the school: _____

☐ Business, Education, Technology Academy

☐ Rising Scholars Academy of South Texas

☐ South Texas Academy for Medical Professions

☒ The Science Academy of South Texas

☐ South Texas Preparatory Academy

☐ South Texas High School for Health Professions

REQUEST FOR FOOD ALLERGY INFORMATION

(STISD requests that the parent or guardian of each student attending any STISD school disclose the student's food allergies.)

This form allows you to disclose whether your child has a food allergy or severe food allergy that you believe should be disclosed to STISD in order for necessary precautions to be taken.

"Severe food allergy" means a dangerous or life-threatening reaction of the human body to a food-borne allergen introduced by inhalation, ingestion, or skin contact that requires immediate medical attention.

Please list any foods to which your child is allergic or severely allergic, as well as the nature of your child's allergic reaction to the food. **Please return this form to the Nurse's Clinic. If it is not returned, there will be an understanding that your child does not have a food allergy.**

Food:	Nature of allergic reaction to the food:

STISD will maintain the confidentiality of the information provided above and may disclose the information to teachers, school counselors, school nurses, and other appropriate school personnel only within the limitations of the Family Educational Rights and Privacy Act and District policy.

Student name: _____ Date of birth: _____ Grade: _____

Work phone: _____ Home phone: _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Parent/Guardian Name (please print): _____

Date form was received by the school: _____

Questions About Your Child and Tuberculosis (TB)

Grade: _____

Child's Name _____ Date of Birth _____

Your Name _____

Today's Date _____

We need your help to find out if your child has been exposed to the disease tuberculosis, also known as TB.

TB is caused by germs. It is usually spread to another person by coughing or sneezing. A person can have TB germs in their body but not have active TB disease. TB can be prevented and treated. Your answers to the questions below will let us know if your child might have been exposed to TB. If your answers show your child might have picked up the TB germs, we will want to give him or her a TB skin test. The skin test is not a vaccination. It will not prevent TB. It will only let us know if your child has the TB germs.

Check the box that matches your answer:	Yes	No	Do Not Know
1. Has your child been tested for TB? If yes, when? Please tell us the date			
2. Have you ever been told that your child had a positive TB skin test (TST)? If yes, when? Please tell us the date			
3. TB can cause fever that can last days or weeks. It can cause weight loss, a bad cough (lasting over two weeks), or coughing up blood. Has your child been around anyone with any of these problems? Has your child been around anyone sick with TB? Has your child ever had any of these problems or do they have them now?			
4. Was your child born in another part of the world like Mexico or Latin America, the Caribbean, Africa, Eastern Europe, or Asia?			
5. Has your child been to Mexico or any other country in Latin America, the Caribbean, Africa, Eastern Europe, or Asia for more than 3 weeks? Which country or countries did your child visit?			
6. Do you know if your child has spent more than 3 weeks with anyone who: Uses needles for drug use? Has AIDS? Was or is in jail or prison? Has just come to the United States from another country?			

FOR THE PROVIDER:

If the prior test was negative and the answer to #4 is yes, the child does not need a repeat skin test.

If the prior test was negative and occurred at least 8 weeks after the situation described in #3a, 3b, 5, or 6, the child does not need a repeat skin test.

If the prior test was positive, the child does not need a repeat skin test; but a positive answer to #3c would indicate a chest x-ray as soon as possible.

PPD administered Yes___ No___

If yes,

Date administered ___/___/___ Date read ___/___/___ PPD response _____ mm

PPD provider _____

Signature

Printed Name

If chest x-ray done, date and results _____

Provider phone number _____ City _____ County _____

If positive, referral to local/regional health department/specialist? Yes___ No___

If yes, name of health dept/specialist _____

Contact your local or regional health department if assistance is needed.

Cuestionario sobre su niño y la Tuberculosis.

Grade: _____

Nombre del niño (a): _____ Fecha de nacimiento: _____

Su nombre: _____

Fecha: _____

Necesitamos su ayuda para saber si su niño(a) ha estado expuesto a la enfermedad de la tuberculosis.

La tuberculosis es causada por gérmenes. Esta enfermedad comúnmente se transmite mediante la tos o un estornudo. Una persona puede tener los gérmenes de la tuberculosis en su cuerpo pero no estar activos. La tuberculosis puede tratarse y prevenirse. Sus respuestas a las preguntas que aparecen abajo nos dirán si su niño(a) podría haber estado expuesto(a) a la tuberculosis. Si sus respuestas nos dicen que su niño(a) pudo haber estado expuesto a los gérmenes de la tuberculosis, queremos hacerle un examen de tuberculosis en la piel. Este examen no es una vacuna contra la tuberculosis pero puede prevenir la enfermedad. Sólo nos dejará saber si su niño(a) tiene gérmenes de tuberculosis.

Marque la casilla con su respuesta:	Si	No	No sé
1. ¿Le han hecho un examen de la tuberculosis recientemente a su niño(a)? Sí? (si contesta sí, díganos la fecha)			
2. ¿Tuvo alguna vez su niño(a) una reacción positiva al examen de la tuberculosis? Sí? (si contesta sí, díganos la fecha)			
3. La tuberculosis puede causar fiebre que puede durar días y hasta semanas. También puede causar pérdida de peso, tos severa (puede durar hasta dos semanas), o tos con sangre. ¿Ha estado su niño(a) cerca de una persona con estos síntomas?			
¿Ha estado su niño(a) cerca de alguna persona enferma con tuberculosis?			
¿Ha tenido su niño(a) alguna vez uno de estos problemas o los tiene ahora?			
4. ¿Nació su niño(a) en México o en algún otro país fuera de los Estados Unidos? ¿En qué país (fuera de los Estados Unidos) nació su niño(a)?			
5. ¿Viajó su niño(a) a México o a cualquier otra parte de América Latina, el Caribe, África, Europa Oriental o Asia por más de 3 semanas? ¿Qué país o países visitó su niño(a)?			
6. ¿Sabe si su niño(a) pasó más de 3 semanas con alguna persona que: Usa jeringuillas para usar droga? Tiene VIH? Ha estado en la cárcel? Ha llegado recientemente a los Estados Unidos desde otro país?			

FOR THE PROVIDER:

If the prior test was negative and the answer to #4 is yes, the child does not need a repeat skin test.

If the prior test was negative and occurred at least 8 weeks after the situation described in #3a, 3b, 5, or 6, the child does not need a repeat skin test.

If the prior test was positive, the child does not need a repeat skin test; but a positive answer to #3c would indicate a chest x-ray as soon as possible.

PPD administered Yes___ No___

If yes,

Date administered ___/___/___ Date read ___/___/___ PPD response _____ mm

PPD provider _____

Signature

Printed Name

If chest x-ray done, date and results _____

Provider phone

number _____ City _____ County _____

If positive, referral to local/regional health department/specialist? Yes___ No___

If yes, name of health dept/specialist _____

Contact your local or regional health department if assistance is needed.