

HISTORIA DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Northern Illinois University, Lorado Taft Campus
(815) 732-2111, extension 120

Nombre Del Estudiante _____

Escuela _____

Mi hijo/hija estará presente en el Campus de campo Lorado Taft desde _____ al _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Peso _____ Masculino ___ Feminino ___ Tel. en casa _____

Dirección _____
Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Nombre del padre o tutor _____ Teléfono del trabajo del padre _____

Teléfono del trabajo de tutores _____ Teléfono del trabajo de la madre _____

Número del contacto alternativo _____

Doctor De Familia/Clinica _____ Teléfono del Doctor _____

Las respuestas a estas preguntas se mantendrá confidenciales. El propósito de estas preguntas es proporcionar nuestra enfermera con información de salud y seguridad acerca de su hijo/hija.

IMPORTANTE- porfavor rellene la fecha de la ultima **REVACUNACION CONTRA EL TETANUS** _____

1. Si el estudiante tiene la excusa de un médico para mantenerse fuera de P.E., Taft Campus también necesitará nota un médico dando permiso para participar en la educación al aire libre, listado de restricciones.

2. ¿Actualmente esta su hijo/hija bajo cuidado de un médico? ___ Si ___ No

3. Información médica la enfermera debe conocer. (alergia, enfermedad, discapacidad física, camina en sueño, orinar en la cama, etc.).

4. **DIETA ESPECIAL** (vegetariano, diabético, las alergias alimentarias, etc). _____

5. **MEDICAMENTOS** – *Doy permiso para que mi hijo/hija) tome medicamentos en el Campus de campo Lorado Taft bajo la supervisión de personal autorizado. Todos los medicamentos deberán introducirse en un contenedor adecuadamente etiquetados por una farmacia o médico y claramente marcados con el nombre del niño y la instrucciones para la administración. SI SU HIJO/HIJA ES PONER SOBRE MEDICAMENTOS DESPUÉS DE QUE EL FORMULARIO DE SALUD SE CONVIRTIÓ EN--ENVIAR UNA NOTA CON EL NOMBRE, INSTRUCCIONES Y FIRMA DE LOS PADRES*

Nuevo Protocolo requiere firmado nota médica de un médico con la dosis exactas y la hora del día para cualquier inyecciones subcutáneas, inyecciones intramusculares o nebulizador tratamientos.

POR FAVOR ESCRIBA LA LISTA

de los medicamento(s) instrucciones para la administración (especificar am o pm)

Auto-Administración Excepción: Los estudiantes con inhaladores de emergencia-uso y epi-plumas deben llevarlas en todo momento.

“SOBRE EL MOSTRADOR” Sobre las medicinas contrarias aprobadas para el estudiante (porfavor marca de verificación cada tipo para la aprobación):

- el paracetamol (tylenol) Ibuprofeno (advil, Mortrin) crema Anti Picazón las pastillas para la tos
 etiquetas de alergia de Benadryl

Doy permiso para que mi hijo/hija tratada por la enfermera Lorado Taft Campus, o por un médico en caso de una emergencia.

Firma del Padre o Tutor _____ Fecha _____

**VIAJE ESCOLAR DEL CAMPO DE EDUCACIÓN FORMA
EXTERIOR DE AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS - LAREDO TAFT CAMPO CAMPUS**

Nombre: _____ **Grado:** _____

SI el niño se EXCUSÓ de educación física por cualquier razón, su médico necesita rellenar, firmar esta versión. **Medico iniciales** _____
Nombre _____ **tiene mi permiso para participar en la educación al aire libre que las limitaciones deben aparecer a continuación.**

SECCIÓN/INHALADOR PARA EL ASMA

Medicamentos/inhalador _____ dosis _____ a _____ horas
Tratamiento de NEB - nombre/medicamentos _____ dosis _____ a _____ horas

ASMA ACCIÓN Medidor de flujo del máximo - Mi Persona Mejor= _____
Zona Verde - respiración es fácil, puede jugar, trabajar sin síntomas. **PICO Flujo máximo rango de 80-100% de Personal mejor**
Medicamentos/nebulizador _____ dosis _____ frecuencia _____ horas
Zona Amarilla-respiración fácil, tos o sibilancias, pecho apretado, SOB **PICO Flujo rango 50-80% del Personal mejor.**
Medicamentos/nebulizador _____ dosis _____ frecuencia _____ horas
Zona Roja - medicina no funciona, nariz ancha abiertos a aliento, respiración es duro y rápido, de problemas para caminar y hablar.
SI LOS SÍNTOMAS NO MEJORAN - LLAME AL 911. PICO de flujo rango por debajo del 50 %

NOTA SECCIÓN DE EMERGENCIA DE EPI-PLUMILLAS Porfavor nota: cada sistema de órganos son obligatorios

Alérgicos a: _____

Medicación y dosis:

Epipen 0.3mg Epipen Jr. 0.15mg Twinject 0.3mg Twinject 0.15mg Benadryl 25mg 50mg po

Tratamiento:

Boca: Picazón, hormigueo o hinchazón de labios, lengua, boca	DAR	__epipen	__twinject	__ Benadryl
Piel: Urticaria, erupción, hinchazón de la cara o extremidades	DAR	__epipen	__twinject	__ Benadryl
Aparato digestivo: Náuseas, calambres abdominales, vómitos, diarrea	DAR	__epipen	__twinject	__ Benadryl
Garganta: Endurecimiento de garganta, ronquera, tos	DAR	__epipen	__twinject	__ Benadryl
Pulmón: Falta de aliento, repetitiva tos, sibilancias	DAR	__epipen	__twinject	__ Benadryl
Corazón: Semisintético pulso, presión arterial baja, pálido	DAR	__epipen	__twinject	__ Benadryl
Otros:	DAR	__epipen	__twinject	__ Benadryl
Si la reacción esta progresando (varias de las anteriores zonas afectadas)	DAR	__epipen	__twinject	__ Benadryl

LLAME AL 911, LOS PADRES DE LA LLAMADA

OTRAS INYECCIONES: anuncia a continuación o enviar una orden de médicos por separado.

Firma de Médico - Fecha

Sólo es necesario si IM incluyendo Epi-plumillas, infecciones diabéticas, hormonas de crecimiento, etc.. Tratamiento de nebulizador SubQ, excusa de educación física o si lo requiere su escuela.