

FORMULARIO DE INFORMACION MEDICA DE EMERGENCIA Página 2
REGRESO A LA ENFERMERA

Nota: Si su hijo tiene asma o una alergia grave, el formulario de pedido del médico adjunto debe completarse y devolverse junto con el medicamento en el recipiente original a la enfermera del edificio para garantizar la seguridad de los estudiantes. Si no lo hace, su hijo puede perder el privilegio de asistir a la excursión del año en curso.

Si lo consideranecesario, ¿autoriza a la enfermera de la escuela a darle los siguientes medicamentos a su hijo? Realice un cheque en la columna Sí o no.

Medicación	SÍ	NO	Medicamentos	SÍ	NO
Tylenol			Spray cloraseptico		
Ibuprofeno/Motrin			Vaselina/Aquaphor/ Protector de labios/ Carmex/Medex		
Tums/Mylanta/Peptobismol Tabs o Líquido			Bacitracina/Polisporina/Crema de Primeros Auxilios/Gel Antimicrobiano		
Benadryl u otros antihistamínicos (solo alergias graves)			Lavado de ojos: Saline estéril / Agua purificada / u otro		
Epi-pen			Bactina, peróxido de hidrógeno, jabón antibacteriano o antimicrobiano		
Inhalador de rescate (Para el diagnóstico del año en curso y plan de acción para el asma en el archivo)			Caladryl, Crema de Benadryl/Loción de Calamina y Geles		
Alivio de la picadura Antiséptico & Lidocaína LCL 2.0%			Lotrimin u otro antifúngico (con diagnóstico confirmado de tiña en el archivo)		
Orajel/Anbesol (Con el estado actual de alergia física del año escolar)					

Permiso para que el Médico Escolar realice: El estado Obligatorio Físico - Sí No -

Estos son exámenes breves muy básicos. Los estudiantes **NO** están obligados a quitarse la ropa para el trabajo físico y **NO** dental se realiza durante el examen dental. El dentista mira en la boca y se refiere al dentista de la familia si es necesario. Los exámenes solo se realizan si no hay ningún examen físico y/o dental documentado en el archivo y su hijo está en el grado estatal para recibir los exámenes. Estos exámenes no sustituyen un examen exhaustivo realizado por el proveedor de atención médica de su hijo.

Entiendo que si ni el padre/tutor, ni los contactos de emergencia enumerados son accesibles, por la presente doy mi permiso a Chester Community Charter School para tomar cualquier acción necesaria para tratar a mi hijo en caso de una emergencia que puede incluir el transporte en ambulancia a un hospital. También entiendo que este costo de transporte es responsabilidad del padre/tutor. Además, doy mi autorización para que el personal de la escuela obtenga todos/todos los registros médicos permitidos por HIPPA con respecto a mi hijo para que se pueda obtener un tratamiento rápido adecuado.

Fecha _____

Firma del Padre/Tutor _____