



Innovations International Charter School of Nevada Información de salud del estudiante

Escriba el nombre del niño (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Nivel de grado para el nuevo año escolar

Número de estudiante

Fecha de Nacimiento del estudiante

Marque todo lo que corresponda

____ Sin discapacidad ____ Asma ____ Desorden sanguíneo ____ Diabetes

____ Convulsiones (de que tipo) _____

____ Alergias alimentarias (que alimentos) _____

____ Síndrome genético ____ Usa anteojos/contacto ____ Usa audífonos

____ Implantes auditivos ____ Immunization Exemption (only medical and/or religious exemptions accepted)

____ ADD/ADHD ____ Migrañas ____ Múltiples discapacidades ____ Enfermedad Neurológica

____ Enfermedad Muscular ____ Reacción potencialmente grave (enumere todas las que correspondan) _____

____ Hipersensibilidad ambiental (enumere todas las que correspondan) _____

____ Trastorno de la piel ____ Problema cardíaco ____ Discapacidad Visual ____ Daltonismo

____ Exento de cribado físico ____ Trastorno psicológico

____ Otra _____

Recibir medicamento? ____ Sí ____ No

Capaz de tomar educación física/receso? ____ Sí ____ No

Enumere los medicamentos que toma la niña/nino. _____

¿La niña debe ser medicada en la escuela? ¿El niño debe ser medicado en la escuela? ____ Sí ____ No

Los medicamentos administrados en la escuela deben ser proporcionados por los padres. Los padres también deben proporcionar documentación médica sobre limitaciones y medicamentos. En la escuela solo se pueden administrar medicamentos aprobados y recetados por un médico. Por favor complete la documentación necesaria para esto. No se administrará ningún medicamento de venta libre a su hijo. Esto incluye artículos como Tylenol, medicamentos para la tos, pastillas para la tos, etc. Si tiene más preguntas, comuníquese con la oficina llamando al 702-216-4337.

Servicios de Salud Escolar

Yo, el padre/tutor de _____ (mi hijo), autorizo y ordeno a Innovations International Charter School of Nevada que obtenga atención médica para mi hijo en caso de que dicha atención sea razonablemente necesaria. Entiendo que, si es posible, me contactarán en el caso de que mi hijo requiera atención médica. Otorgo a un proveedor de atención médica con licencia u hospital acreditado, el permiso para realizar cualquier procedimiento médico/quirúrgico razonablemente necesario que sea esencial para el tratamiento de mi hijo y acepto ser responsable del pago de dicha atención. Libero a Innovations International Charter School of Nevada, sus empleados y agentes de cualquier daño, responsabilidad o pérdida que resulte del ejercicio de la discreción para asegurar la atención médica de buena fe para mi hijo.

(Firma de los padres)

(Fecha)

Información sobre medicamentos

Recibiendo información? Si No

El padre debe proporcionar los medicamentos que se dan en la escuela. Los padres también deben proporcionar documentación médica sobre limitaciones y medicamentos. En la escuela solo se pueden administrar medicamentos aprobados y prescritos por un médico. Complete el papeleo apropiado necesario para esto. No se administrará ningún medicamento de venta libre a su hijo. Esto incluye artículos como Tylenol, medicamentos para la tos, pastillas para la tos, etc. Si tiene más preguntas, comuníquese con la oficina llamando al:

(702) – 216 – 4337

Option 1: Oakey Campus

Option 2: City Impact Campus