

Consentimiento para Servicios de Salud Escolar
Distrito Escolar del Condado de Madison
INFORMACIÓN DEL NIÑO / ESTUDIANTE

Grado _____ Equipo _____ Maestro de salón de clases _____

Apellido del niño _____ Nombre _____ MI _____

(Favor de dar el nombre legal completo del niño)

Fecha de Nacimiento del Niño _____ Masculino _____ Hembra _____

Dirección _____ City _____ Zip _____

Persona de Contacto en caso de Emergencia OTROS que el tutor o el padre _____

Teléfono de la casa _____ Teléfono celular _____ Teléfono del trabajo _____

¿Ha asistido su hijo (a) a una escuela del Condado de Madison? _____ Sí _____ No _____

En caso afirmativo, ¿qué ESCUELA (es) estudió el estudiante en el pasado:

Historia Médica del Niño:

Antecedentes médicos importantes que la enfermera debe conocer: _____

Medicamentos tomados todos los días: _____

¿Es su niño ALÉRGICO a: (marque sólo si aplica)

_____ Medicamentos: por favor LISTA: _____

_____ Cacahuets u otras NUTS: EXPLIQUE LA REACCIÓN: _____

_____ Picaduras de abejas / avispas: EXPLIQUE LA REACCIÓN: _____

_____ OTROS: EXPLIQUE LA REACCIÓN: _____

Seguro Médico del Niño:

¿Tiene su hijo una tarjeta de Medicaid KY Sí No ¿Tiene el niño otro seguro médico? Sí No

Mi hijo (a) tiene la siguiente condición potencialmente mortal que puede necesitar TRATAMIENTO DE EMERGENCIA o MEDICAMENTOS (EPI-PEN, Glucagon, Diastat, Inhalador de Asma, etc ... en la escuela:

_____ Diabetes _____ Asma _____ Convulsiones _____ Alergias graves _____ Otro _____

Proveedor de cuidado de salud infantil _____ Dentista de niño _____

Consentimiento para servicios de salud

Doy mi consentimiento para cuidar a mi hijo, que puede incluir pruebas de detección, exámenes, evaluaciones, tratamiento, primeros auxilios, medicamentos de venta libre, como se enumeran en MCSD-SHC 1, y cualquier otro servicio de salud que me brinde el personal de este sitio de la clínica de salud escolar. Entiendo que no se están haciendo garantías en cuanto al efecto de cualquier examen o tratamiento en mí / mi hijo. Autorizo a la clínica de salud escolar a recibir y divulgar información médica / dental y de inmunización sobre mi hijo a su escuela individual, atención primaria, registro de inmunización o proveedor dental según sea necesario o solicitado.

X Fecha de firma: _____ Date: _____

(Padre / tutor legal / estudiante emancipado)

(EXPIRA EN UN AÑO)