

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE DE SALUD
(Padre / Tutor completar ambos lados)

Nombre del Niño	Grado / Bus	Aula	Fecha de Nacimiento
	/		
Nombre de Madre / Tutor	Tel. Casa:	# Trabajo	Celular:
Nombre del Padre / Tutor	Tel. Casa	# Trabajo	Celular:
Contacto de Emergencia (Aparte de los padres)	Tel. Casa	# Trabajo	Celular:
Favor circulé el tipo de cobertura de salud que su hijo recibe en actualidad.			Sin seguro Medicaid / Health Choice Seguro Privado
Doctor	Tel. Oficina	Dentista	Tel. Oficina
Especialista	Tel. Oficina		

Yo / Nosotros damos permiso a la enfermera escolar para ponerse en contacto con nosotros por correo electrónico para la correspondencia de no emergencia, que puede contener información médica referente a mi hijo.

Firma de Padres

Dirección de correo electrónico

POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE Y FIRME ABAJO

La enfermera de la escuela trabaja para promover la buena salud entre los estudiantes y el personal. Nuestro objetivo es ayudar a su hijo a tener un año saludable y exitoso en la escuela. El Consejo de Educación del condado de Watauga reconoce la interdependencia de la salud y el aprendizaje. Por lo tanto, con el fin de asegurar un rendimiento óptimo de los estudiantes en la escuela, altura, peso, visión, audición y exámenes dentales se llevará a cabo en una base regular. Referencias a los proveedores de salud adecuados se hará para los estudiantes que necesitan una evaluación adicional. La enfermera de la escuela tiene una directriz que seguir para la atención de los estudiantes en el campus. Los medicamentos se darán de acuerdo a las instrucciones por escrita del médico con permiso de los padres. La enfermera **NO** tiene medicamentos sin recetas como Tylenol, ungüentos, etc, para dar a los estudiantes. Los estudiantes con alergias mortal a picaduras de abeja, los alimentos o al látex deben proporcionar una autorización escrita por su medico para el medicamento inyectable (Epi-Pen) que se almacenara en la escuela. Sin embargo, si un estudiante tiene una repentina, sin diagnosticar, seria reacción potencialmente mortal (anafilaxia), 911 y los padres / tutores serán notificados. A fin de proporcionar una atención óptima a mi hijo, Yo / Nosotros autorizamos la enfermera de la escuela para comunicarse con los profesionales de la salud antes mencionados según lo permitido por la ley HIPAA.

Asegúrese de que usted nos notifique de todos los cambios de números telefónicos incluyendo el cambio de la persona de contacto de emergencia. Por favor, ponerse en contacto con la enfermera escolar si usted tiene alguna pregunta.

Firma del Padre / Tutor legal

Fecha

USO SOLO ENFERMERA DE LA ESCUELA

Formulario de Autorización de Medicamentos a Padres

Formulario de Orden Dieta a Padres

Firma de RN / Fecha
Seguimiento Completado

Firma de RN / Fecha
EAP Publicado

Firma de RN / Fecha

Firma de RN / Fecha

Información de Salud del Estudiante

POR FAVOR COMPLETE EL REVERSO DE ESTE FORMULARIO ANTES DE DEVOLVER

(Padre / Tutor completar ambos lados)

A continuación favor marque todas las condiciones crónicas de su hijo, listar los medicamentos y responder a las preguntas relacionadas. Esta información puede ser compartida por la enfermera de la escuela y el personal de la escuela, según sea necesario para mejor servirle a su hijo en la escuela.

Estudiante:	
¿Su hijo tiene alguna condición médica diagnosticada o necesidades? En caso afirmativo, indique a continuación.	Sí No

Enfermedad crónica	√ Sí	Lista de medicamentos / Tiempo	Describe
ADD o ADHD			
Alergias (Graves)			¿A qué? Tipo de reacción:
Asma			Fecha del último episodio: Desencadenantes conocidos:
Trastornos del espectro Autista (TEA)			
Trastornos de Sangre			Tipo:
Cáncer:			Tipo de el tratamiento o en remisión desde:
Condicion Cardíaco			Especificar:
Parálisis Cerebral			Ayuda para andar:
Condición Cromosómica			Tipo:
Fibrosis Quística			
Diabetes			Tipo I (Bomba o inyección) Tipo II
Trastornos de Alimentación			Especificar:
Trastorno emocional / conducta y / o psiquiátrico			Especificar:
Síndrome de Alcohol en el Feto			
Problemas estomacales (enfermedad de Crohn, Celíaca, IBS, encopresis)			Especificar
Pérdida de la audición			Aparatos de sordera: I. D. Implante coclear: Sí No
Infecciones de Oído frecuente			Tubos? Sí o No
Hemofilia			
Hidrocefalia			
Hipertensión			
Hipo / Hipertiroidismo			
Trastorno Metabólicos / Endocrinos			Especificar:
Migraña			Provocado por:
Esclerosis Múltiple			Ayuda para andar:
Distrofia Muscular			Ayuda para andar:
Hemorragias Nasal			Frecuencia:
Discapacidad Ortopédica			Especificar: Ayuda para caminar:
Otras enfermedades Neurológicas			Especificar:
Otros Neuromuscular			Especificar:
renal / suprarrenal / renal			Especificar:
Enfermedades Reumatológicas como el Lupus y la Artritis			Especificar: Ayuda para andar:
Trastorno Convulsivo			
Células Falciformes			Anemia Rasgo
Problemas de la piel			Ultima convulsión:
Espina Bífida			
Lesiones traumáticas Brian			
Problemas de vision		Gafas o Lentes de contacto	Lectura solamente o Solo trabajos de la escuela
Otro			

¿Solicita un plan de salud de emergencia para cualquier condición mortal mencionadas anteriormente? Si No

¿Su hijo necesita tomar medicamentos durante el día escolar? Sí No Esto incluye medicamentos con receta y / o sin receta. Los medicamentos se darán de acuerdo a la instrucción escrita del médico con permiso de los padres en un Formulario de Autorización de Medicamentos.

POR FAVOR COMPLETE EL REVERSO DE ESTE FORMULARIO ANTES DE DEVOLVER