

**Escuelas Publicas de Greenwich
Programa de Salud Escolar
Permiso para el tratamiento (Secundaria)**

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____ **ESCUELA** _____ **GRADO** _____
PADRES _____ **TELEFONO** _____

FORMULARIO DE PERMISO MÉDICO

Autorización Para Atención Médica:

En caso de una emergencia médica o enfermedad, por la presente autorizo a las Escuelas Públicas de Greenwich para proporcionar primeros auxilios y / o para solicitar tratamiento médico de emergencia y el transporte a un hospital. Cualquier hospital o personal médico de emergencia están autorizados a proporcionar tratamiento a mi hijo(a) de tal naturaleza que estimen pertinentes y consultar con el médico que está nombrado en el Perfil del Estudiante.

Firma de Padre o Madre/Guardián _____ **Fecha** _____

**Un niño/a sin historial de una severa reacción alérgica podrá recibir epinefrina de un maestro certificado si se sospecha de una reacción (CT. Act 14-176). Por favor comunicarse directamente con la enfermera si NO desea que su hijo/a esté incluido bajo esta ley

MEDICAMENTOS SIN RECETA

Estamos solicitando autorización para que la enfermera de la escuela administre los medicamentos que se detallan a continuación, si es necesario. Si prefiere usar solo una marca de fábrica (es decir, "Advil") o una forma líquida de estos medicamentos, lleve un recipiente sellado y etiquetado a la oficina de salud donde se almacenará y utilizará solo para su hijo. Si tiene alguna pregunta, llame al 203-625-8011. **Tenga en cuenta que esta política se aplica únicamente a los estudiantes del campus.**

Por favor indique cual de estos medicamentos usted autoriza:

	<u>Si</u>	<u>No</u>		<u>Si</u>	<u>No</u>
Acetaminophen (Equivalente genérico de Tylenol) para dolores leves, dolor de cabeza, calambres			Ibuprofen (Equivalente genérico a Motrin o Advil) para dolores de músculo, dolor de cabeza, calambres		
Benadryl/Diphenhydramine para urticaria o picazón de la piel			Tums/Calcium Carbonate para indigestión ácida		

Firma de Padre o Madre/Guardián _____ **Fecha** _____

INFORMACION DEL SEGURO MEDICO DE ESTUDIANTE

Su hijo /a tiene seguro médico? Si _____ No _____

Si su hijo(a) no tiene seguro médico, nosotros le proporcionaremos información sobre el Plan HUSKY de Connecticut. Su firma significa que la escuela puede proporcionar información de contacto del Departamento de Servicios Sociales de Connecticut (agencia administradora del Plan HUSKY) o información sobre cómo inscribirse en HUSKY.

Firma de Padre o Madre/Guardián _____ **Fecha** _____