

Long Beach Island Consolidated School District

Información de la Salud



Barneгат Light Harvey Cedars Surf City Ship Bottom Long Beach Township

Nombre del Estudiante _____ Fecha: _____

1. Si su niño tiene algunas condiciones o preocupaciones de salud, explique por favor abajo. Esté seguro de incluir cualquier cuidado médico/quirúrgico que su niño haya recibido durante el pasado año.

2. Es su niño prescribió cualquier medicación para:

Asma Diabetes Alergias Convulsiones Other _____

Mi hijo necesitará medicamentos mientras esté en la escuela.

Proporcione Por Favor el detalle adicional si han diagnosticado a su niño con una alergia eso requiere el uso de un EpiPen para las emergencias:

Alergias (Sea Específico) _____

Tipo de Reacción _____

Proporcione Por Favor el detalle adicional si han diagnosticado a su niño con asma:

Disparador Específico/Alergénicos _____

Los formularios de autorización de medicamentos del distrito, el plan de acción para el asma, el plan de acción para la alergia alimentaria, el plan de acción para las convulsiones y el plan de control médico para la diabetes se pueden imprimir desde la página web de la escuela en la pestaña SALUD DEL ESTUDIANTE.

3. ¿Tiene su hijo limitaciones físicas o restricciones?

Problemas cardíacos Discapacidad física Cirugías recientes Gafas Contactos

Pérdida de la audición

Una condición cardíaca requiere documentación médica de la condición y limitaciones detalladas.

4. ¿Tiene este niño seguro de salud?

si _____ Nombre de la compañía de seguros _____

No _____ NJ Family Care ofrece seguro médico gratuito o de bajo costo para niños sin seguro y ciertos padres de bajos ingresos. Para obtener más información, llame al 800-701-0710 o visite www.njfamilycare.org para presentar su solicitud.

La escuela puede divulgar mi información de contacto a NJ FamilyCare para obtener material de seguro de salud.

Firma: _____ Nombre impreso: _____

5. Permiso que los registros de salud necesarios y los informes I.E.P. con respecto a mi hijo se compartan con miembros del personal certificados, secretarios confidenciales y administradores sobre una base de "necesidad de saber".

Fecha: _____ Firma del Padre / Tutor: _____

Información del médico / dentista:

Médico de familia _____ Teléfono # _____

Dentista familiar _____ Teléfono # _____

i se requiere tratamiento de emergencia y no se puede contactar a los padres o al tutor legal de inmediato,

su firma en el espacio provisto a continuación faculta a las autoridades escolares para ejercer su propio juicio al llamar al médico indicado anteriormente, o si no está disponible, para transportar al niño a un hospital sala de emergencias.

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____

