

Districto Escolar Upper Adams – Perfil de salud del estudiante

For Office Use Only:

Escuela: _____
Grado: _____ Salón de clases: _____ ID del estudiante: _____
Fecha de Registro: _____ Fecha de entrada: _____ Año de Graduación: _____
AM Autobús: _____ PM Autobús: _____ Autobús de Transferencia (si es necesario): _____
Prueba de nacimiento: _____ Certificado de nacimiento _____ Pasaporte _____ Otro _____

Nombre legal completo del estudiante (apellidos, nombre, segundo nombre): _____

Nombre preferido del estudiante: _____ Género: _____

Dirección: _____ Fecha de nacimiento: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____ Lugar de nacimiento: _____

Dirección postal (incluya un apartado de correos): _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

INFORMACIÓN DE SALUD/EMERGENCIA

Médico de familia: _____ Teléfono: _____

Dentista familiar: _____ Teléfono: _____

¿Ha tenido alguna vez su estudiante una enfermedad/operación grave? _____ Sí _____ No

Si respondió que sí, ¿qué? _____ **¿Cuándo?** _____

¿Su estudiante está tomando algún medicamento actualmente? _____ Sí _____ No

Si respondió que sí, ¿qué? _____ **¿Para qué?** _____

¿Su estudiante necesita tomar algún medicamento en la escuela? _____ Sí _____ No

Si respondió que sí, ¿qué? _____ **¿Para qué?** _____

¿Alguna vez su estudiante ha sido diagnosticado con asma por un médico? _____ Sí _____ No

Signos y síntomas de un ataque: _____

¿Su estudiante requerirá un inhalador en la escuela? _____ Sí _____ No

¿Ha tenido su estudiante una reacción alérgica a un alimento, medicamento o insecto específico? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, ¿tipo de alergia? _____

Signos y síntomas de la alergia: _____

Tratamiento necesario: _____

***Si su estudiante necesita que se retire o sustituya un alimento de una bandeja de almuerzo, la escuela debe tener una nota firmada por el médico de su estudiante.**

¿Tiene su estudiante alguna otra preocupación especial de salud o problemas emocionales (incluida la hiperactividad) que usted o su médico de familia consideren que las autoridades escolares deberían conocer? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

Las leyes de salud escolar de Pennsylvania requieren que todos los estudiantes en edad escolar se sometan a un examen físico y dental al ingresar originalmente a la escuela. Los nuevos estudiantes que se transfieren a nuestro distrito, independientemente del grado, deben someterse a un examen físico y dental si no hay un registro escolar de Pennsylvania disponible. Indique si prefiere que el examen lo realice su médico de familia/dentista o el médico/higienista dental de la escuela:

_____ Médico de **familia** _____ Médico **escolar**
_____ Dentista **familiar** _____ Dentista **de la escuela**

Continúe en el reverso.

IMPORTANTE: SE REQUIERE COMPROBANTE DE VACUNAS PARA REGISTRARSE EN LA ESCUELA

Proporcione a la escuela una copia actualizada del registro de vacunación de su estudiante.

Debemos recibir una copia de este registro para que su estudiante comience la escuela.

La escuela tiene permiso para darle a mi estudiante los siguientes medicamentos si es necesario:

☐ Sí	☐ No	Neutralizador de acidez	☐ Sí	☐ No	Orajel/Anbesol
☐ Sí	☐ No	Benadryl	☐ Sí	☐ No	Ungüento antibiótico
☐ Sí	☐ No	Pastillas para la tos	☐ Sí	☐ No	Crema/Loción Antipicazón
☐ Sí	☐ No		☐ Sí	☐ No	Midol
☐ Sí	☐ No	Gotas oculares Visine	☐ Sí	☐ No	Hidrocortisona 1% Crema/Loción
☐ Sí	☐ No	Tylenol o ibuprofeno			

Información de Contacto en caso de Emergencia

Contacto de emergencia #1: _____
Teléfono de contacto de emergencia#1: (Casa): _____ (Trabajo): _____ (Cellular): _____
Relación con el estudiante: _____

Contacto de emergencia #2: _____
Teléfono de contacto de emergencia#2: (Casa): _____ (Trabajo): _____ (Cellular): _____
Relación con el estudiante: _____

Contacto de emergencia #3: _____
Teléfono de contacto de emergencia#3: (Casa): _____ (Trabajo): _____ (Cellular): _____
Relación con el estudiante: _____

Procedimiento en caso de enfermedad/accidente mayor:

1. Se contactará al padre/madre/guardián
2. Si no se establece contacto, se llamará al médico de familia.
3. Si no se puede contactar al padre/guardián ni al médico de familia, se llamará al médico de la escuela o a cualquier otro médico.

En todos los casos, el bienestar del estudiante será la primera consideración. Cualquier gasto médico incurrido será responsabilidad del padre/guardián. Si algún padre/tutor no está de acuerdo con este procedimiento, debe notificar a la escuela y presentar un plan alternativo para su estudiante.

Si se requiere tratamiento de emergencia, ¿pueden las autoridades escolares usar su propio criterio para enviar al estudiante al Hospital WellSpan Gettysburg o al médico de más fácil acceso siempre que no se pueda contactar a ninguna de las personas mencionadas anteriormente? ☐ Sí ☐ No

Por la presente verifico que la información establecida anteriormente es correcta y debe incluirse en el registro escolar de mi estudiante.

Firma del Padre/Madre/Guardián: _____

Fecha: _____