

GRADO ____

DISTRITO ESCOLAR DE STEELTON HIGHSPIRE
INFORMACIÓN DE EMERGENCIA Y MEDICAMENTOS

Nombre ____ D.O.B. ____ del alumno
Nombre ____ de nombre ____ Mother de padre
Address ____ Phone ____ del alumno

Hijo de padre o tutor lista vive con:

Nombre: ____ Relationship a child ____ Home ____ teléfono
____ Teléfono de trabajo

Teléfono celular ____

Nombre: ____ Relationship a niño ____ teléfono del hogar
____ Teléfono de trabajo

Teléfono celular ____

Padre o tutor correo electrónico ____

En caso de enfermedad, emergencia o accidente y padres **no puede** ser contactado, los adultos siguientes están autorizados para actuar en nombre de los padres o tutores.

1. ____ Phone ____ Relationship ____

2. ____ teléfono ____ Relationship ____

Teléfono ____ de nombre ____ Physician de médico

Phone ____ Name ____ dental dental

Carrier ____ de ____ Insurance de preferencia de hospital

SALUD POR FAVOR INFORMACIÓN COMPLETA DELANTERA Y TRASERA DE FORMA

La siguiente información se considera confidencial y es para el uso de la escuela enfermera/profesores/directores/y otro personal que estará en contacto con y responsable de su hijo durante el día escolar. Si prefiere hablar con la enfermera certificada con respecto a cualquiera de las siguientes afirmaciones, por favor contactar con ella directamente.

1. VERIFIQUE QUE NINGUNA DE ESTAS CONDICIONES QUE LA APLIQUE A SU HIJO:

____ Cáncer vejiga ____ Kidney enfermedad ____ Vision problemas ____ ADD/ADHD

____ Diabetes ____ Seizures, epilepsia ____ Hearing problemas ____ Arthritis

____ Heart estado ____ Orthopedic / ____ Social/emocionales/del comportamiento del hueso preocupaciones

____ Autism ____ Bowel se refiere a asesoramiento ____ In

____ Allergy * a ____ severo sí ____ No ____

____ Asthma * no provocada por ____ severo sí ____

* Para los estudiantes con asma que pueden requerir un inhalador o estudiantes con alergias severas que requieran un epi-pen durante las actividades relacionadas con la escuela/escuela, póngase en contacto con su enfermera de la escuela de las formas apropiadas. Estos formularios deben completarse anualmente.

2. el niño toma medicación diaria en ____ Home ____ escuela

La medicación es: ____ Dosage/frecuencia

Por: ____

3. el niño tiene una condición física que limita la participación en:

Clase de aula actividades * ____ Gym * ____ deporte escolar * ____

* En caso afirmativo, por favor proporcionar recomendaciones de su médico requiere escritura anualmente

4. el niño requiere una dieta especial sí * ____ No ____

Especificar ____

* En caso afirmativo, por favor proporcionar recomendaciones de su médico requiere escritura anualmente

5. por favor indique cualquier información adicional, no incluido anteriormente, que usted siente que deberíamos saber sobre la salud de su hijo físico/mental/emocional que puede afectar el rendimiento escolar o requieren consideraciones especiales –

ejemplo: lesión/enfermedad grave, cambios familiares, muerte de un ser querido. _____

MEDICACIÓN EN LA ESCUELA

Según el código de salud del estado, enfermera de la escuela no pueden administrar cualquier **medicación de la prescripción o no prescripción de medicamentos no cubiertos por la política de orden** sin autorización escrita de los padres y una orden escrita del médico de su hijo. Estas órdenes deben ser renovadas anualmente. Reglamento de la escuela médico de medicamentos de emergencia se aplicará a todos los los estudiantes. Esto incluye los siguientes medicamentos: epinefrina, Benadryl y tabletas de glucosa. En cumplimiento de la orden política para el distrito escolar de Steelton Highspire, enfermera de la escuela pueden administrar los siguientes medicamentos sin receta a los estudiantes con anual **autorización parental**.

Doy permiso para que la enfermera de la escuela dar la siguiente medicación a mi hijo si necesarios -por favor marque todas las que apliquen:

TODOS LOS GRADOS:

☐ ☐ De paracetamol/Tylenol ibuprofeno/Advil ☒ Benadryl

Grados 7-12 solamente

☐ ☐ Antiácido/Antigas Pepto-Bismol/genérico equivalente

☐ yo no quiero mi hijo/hija a recibir sobre la medicación contraria durante la escuela.

Nota: Esta autorización es válida para el corriente año sólo.

** En el caso de una emergencia, cuando un individuo de padres/guardián/autorizado no está disponible o no puede ser alcanzado, autorizo a personal de la escuela para hacer los arreglos para mi hijo a recibir atención médico/hospitalario, incluyendo el transporte necesario, según su mejor juicio.

Firma del padre/tutor: ____

Fecha: ____

POLÍTICAS/PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS RELACIONADOS CON EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD SE PUEDE VER EN LAS COPIAS DE LA PÁGINA WEB DE LA ESCUELA SE PUEDEN SOLICITAR PONIÉNDOSE EN CONTACTO CON LA ENFERMERA DE LA ESCUELA