

FORMULARIO DE SALUD DE ESTUDIANTE

Lakeview Public School District #2167

P O Box 107, 875 Barstad Road,

Cottonwood, MN 56229

Telefono: (507) 423-5164 Ext. #1154 Fax: (507) 423-5568

Nombre de estudiante _____

APELLIDO

PRIMER

INICIAL

HOMBRE MUJER

FECHA DE NACIMIENTO _____

Proveedor de atención medica _____ TELEFONO: _____

Fecha de último examen físico: _____ Hospital preferida para emergencias _____

Nombre de Aseguranza (Si no tiene por favor poner NO) _____

Dentista: _____ Ultima fecha de examen dental: _____

¿El estudiante usa lentes o lentes de contacto? Si No fecha de último examen de ojo _____

¿El estudiante usa dispositivo auditivo? Si No Fecha de último examen auditivo _____

Problemas de salud actuales:

Por favor marque una (x) si el estudiante presenta alguna de las siguientes condiciones:

El estudiante NO tiene problemas médicos o de salud mental.

O (Marque todo lo que le corresponda)

ALERGIAS- (incluye alergias a medicamentos,alimentos,animals,insectos,medio ambiente,etc.) Enumere alergias y reacciones _____

AMENZADA DE LA VIDA?: SI NO

Tiene EPI PEN: SI (Se lleva consigo mantiene en la oficina) o NO OCUPA

Nota: La epinefrina requiere que se entregue una orden del proveedor a la oficina de salud anualmente. Las alergias potencialmente mortales también requieren que se complete anualmente un formulario de Plan de acción de emergencia. También se requiere un formulario de solicitud de dieta especial para alergias alimentarias, revíselo o envíelo anualmente.

ASMA- u otros problemas de salud: _____

Utiliza inhalador o nebulizador SI NO

¿Medicamentos se almacenarán en la oficina de salud? SI NO

(Los formularios de plan de acción contra el asma o emergencia revíselo o envíelo anualmente)

¿El estudiante llevara consigo los medicamentos? SI NO

¿DIABETES- Toma medicamentos orales? SI NO Tiene bomba de insulina? SI NO

Se requieren órdenes del proveedor actualizadas y un plan de acción de emergencia para diabéticos anualmente.

(Los suministros, medicamentos y refrigerios para diabéticos deben ser proporcionados por la familia y almacenados en la Oficina de Salud)

TIPO DE TRASTORNO CONVULSIVO TIPO (IE; epileptico, febril) _____ Fecha de última incautación _____

Se necesita Diazepam (¿aerosol o inyección nasal u otro medicamento de emergencia??) YES NO

¿Se almacenarán? SI NO

¿El estudiante mantendrá se medicamentos en la oficina de salud? SI NO

(El plan de acción de emergencia y las órdenes del proveedor deben presentarse anualmente)

LIMITACIONES FISICAS: _____

PROBLEMAS DE ESTOMAGO/VEJIGA/INTESTINO: _____

(La escuela no proporciona pañales y toallitas húmedas. Ropa y otros artículos personales, esta es la responsabilidad de la familia. Los suministros se pueden almacenar en la oficina de salud para el estudiante)

TDAH/ANADIR ANSIEDAD DEPRESION ATAQUE PANICO FOBIA SOCIAL

¿Requiere medicamento durante el día escolar? SI NO

todas las demás preocupaciones o comentarios de salud/mental/social

(Indique También cualquier historial médico o quirúrgico importante que debamos tener en cuenta.)

MEDICAMENTO EN LA CASA_(Ingrese los medicamentos para la escuela en el formulario)

| Medicina | Cuanto (dosis) | Cuando se admistra | ¿Para que sirve? |
|----------|----------------|--------------------|------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Nota: También puede enviar comentarios/formularios de salud para HealthOffice@lakeview2167.com o dejarlo en la escuela primaria/secundaria.

Entiendo que la información de salud está protegida, sin embargo, ciertos empleados escolares y personal de emergencia pueden ser limitados según sea necesario para el cuidado de salud.

Firma de padre o tutor _____ Fecha _____

Nombre de estudiante _____ Fecha _____

**FORMULARIO DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS
(FORMULARIO PARA DAR MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA)**

NOMBRE DE ESTUDIANTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

MEDICAMENTOS RECETADOS QUE SE DEBEN DE DAR EN LA ESCUELA

Solicito que los siguientes medicamentos, que yo proporcionare, se administren en la escuela según lo prescrito por el proveedor de mi estudiante. Entiendo que los medicamentos deben estar en los envases originales y se distribuirá según las instrucciones de la etiqueta. El momento exacto de la distribución de medicamentos se coordinará con la Oficina de Salud y el maestro del estudiante. Entiendo que se requiere que un padre o tutor legal recupere el medicamento al final del año escolar o cuando lo solicite la escuela. Autorizo al distrito escolar a transportar y desechar cualquier medicamento que permanezca en posesión de la escuela después de la fecha de recuperación solicitada. En el caso de sustancias controladas, cualquier medicamento que no se recoja se entregara al Departamento del Sheriff del condado para su eliminación adecuado.

| Medicamento | Cuanto (dosis) | Cuando se administra (frecuencia) | ¿Para que sirve? |
|-------------|----------------|--------------------------------------|------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

MEDICAMENTOS SIN RECETA EN LA ESCUELA

Solicito que los siguientes medicamentos de venta libre, que le proporcionare a mi estudiante se guarden y se distribuyan a mi estudiante según las instrucciones del envase. Entiendo que se requiere que un padre o tutor legal recupere el medicamento al final del año escolar o cuando solicite la escuela y autorizo al distrito escolar a transportar y desechar cualquier medicamento que permanezca en posesión de la escuela después de la fecha solicitada o fecha de recuperación.

| Medicina | Cuanto (dosis) | Cuando se administra (frecuencia) | ¿Para que sirve? |
|----------|----------------|--------------------------------------|------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

FIRMA DE PADRE O TUTOR _____ FECHA _____

*** La segunda hoja de este formulario tiene que ser llenada de todos los padre/madres una vez por año

**DECLARACIONES DE APROBACION DE PADRES/GUARDIANES
PARA MEDICAMENTOS SIN RECETA EN LA CONSULTA DE SALUD**
(Se recomienda actualizar anualmente con el registro y según sea necesario)

* La oficina de Salud intenta almacenar algunos suministros básicos de venta libre para ayudar a sus estudiantes según sea necesario en la escuela. Autorizo a la oficina de Salud a administrar los siguientes medicamentos de venta libre si es necesario para mi estudiante

Antibiótico (bacitracina) si no cremas contra la picazón si no
Crema o gel para quemaduras si no Alivio para el dolor de muela si no
Gotas para los ojos si no pastillas para la tos si no

* Si la política escolar lo permite y los medicamentos están disponibles en la oficina de salud la oficina puede administrar los siguientes?

Acetaminofén (Tylenol) si no Ibuprofeno(Advil, Motrin) yes no
Difenhidramina (Benadryl) si no Cetirizina (Zyrtec) si no
Carbonato de calcio (Tums) si no

Estudiantes de grados 7 a 12 únicamente

* Autorizo a mi estudiante a llevar consigo y autoadministrarse pequeñas cantidades de medicamentos de venta para su uso personal. EL estudiante debe conservar el medicamento en su envase original y usarlo responsablemente de acuerdo con la etiqueta. Los medicamentos no pueden incluir la efedrina o pseudoefedrina como el único o el ingrediente activo principal. No se permite que el estudiante lleve medicamentos líquidos para el resfriado. Cannabis (CBD, THC) que contiene. Entiende que el Distrito escolar puede revocar el privilegio de un estudiante de poseer y usar medicamentos sin receta si el distrito determina que el estudiante esta abusando del privilegio si no

FIRMA DE PADRE O TUTOR _____ FECHA _____

