

Permiso Para Atención Médica de Emergencia

Estudiante _____ Fecha de nacimiento _____
Hermanos / hermanas (nombres completos y escuelas a las que asisten): _____

Por favor marque cualquier condición enlistada abajo que afecte a su hijo:

Si	no		si	no	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ADD / ADHD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema del corazón
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma _____ (fecha del último incidente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema renal / urinario
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Defecto de Nacimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migrañas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno sanguíneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falta de órgano / Trasplante
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema muscular / óseo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	convulsión cerebral _____ (fecha)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	convulsiones _____ (fecha de la última convulsión)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fibrosis quística	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de células falciformes _____ Rasgo _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema de la vista ¿Usa anteojos? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de alimentación / deglución	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras condiciones (ver lista abajo)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema de audición _____ (dispositivo)			

Por favor escriba una breve descripción de cualquier respuesta de "si". Use la parte posterior de esta página si es necesario.

Alérgico a: _____ **Tipo de reacción: (círculo)** _____ **Tratamiento de emergencia:** _____
Alimentos _____ Problemas respiratorios Sarpullido/urticaria Hinchazón Vómitos ER Epipen Otro _____

(Se requiere una declaración médica del médico para las alergias alimentarias: obtenga de la enfermera de la escuela)

Medicina _____ Problemas respiratorios Sarpullido/urticaria Hinchazón Vómito ER Epipen Otro _____
Picaduras/picaduras de insectos _____ Problemas respiratorios Sarpullido/urticaria Hinchazón Vómito ER Epipen Otro _____
Otros _____ Problemas respiratorios Sarpullido/urticaria Hinchazón Vómitos ER Epipen Otro _____

¿Hay alguna razón para restringir la actividad de su hijo? (Se requiere la nota del médico) ____ Si ____ No

Enumere las medicinas que su hijo toma en casa y la razón:

Enumere los medicamentos o procedimientos médicos que su hijo requerirá en la escuela y la razón (las órdenes del médico se requieren para todos los medicamentos y procedimientos)

Proporcione la siguiente información sobre las personas a quienes la escuela puede llamar si su hijo está enfermo o lesionado en la escuela. Las personas y los números de teléfono adicionales se pueden incluir en una página separada (incluya el nombre del niño). Si la información cambia, por favor informe a la oficina de la escuela para actualizar la Power School.

Nombre de la madre/tutor legal _____ Dirección _____
Inicio # _____ Celular # _____ Trabajo # _____
Nombre del padre/tutor _____ Dirección _____
Inicio # _____ Celular # _____ Trabajo # _____
Nombre del contacto de emergencia _____ Inicio # _____ Celular # _____ Trabajo # _____
Nombre del contacto de emergencia _____ Inicio # _____ Celular # _____ Trabajo # _____
Médico preferido: _____ Teléfono # _____

Le doy permiso al director, a la enfermera escolar o a la persona designada para buscar atención médica para mi hijo en una emergencia. Me doy cuenta de que la escuela hará todo lo posible por contactarme, pero estoy de acuerdo en que se puede llamar al Escuadrón de Rescate y que mi hijo puede ser trasladado al Hospital Onslow Memorial / Camp Lejeune Naval para recibir atención médica de emergencia. Para asegurar que se cumplan las necesidades de salud especiales de mi hijo, entiendo que la información médica de mi hijo se compartirá de manera confidencial con los miembros del personal necesario.

Firma del padre: _____ Fecha _____

**** ESTA FORMA DEBE SER RENOVADA AL INICIO DE CADA AÑO ESCOLAR ****
***** VOLVER LA PÁGINA Y LEER LOS PROCEDIMIENTOS *****

ESCUELAS DEL CONDADO DE ONSLOW

SERVICIOS DE SALUD

Para: Todos los padres / guardianes

De: La enfermera de la escuela

Tenga en cuenta los siguientes procedimientos de salud escolar mientras trabajamos juntos para garantizar un entorno saludable y seguro para todos nuestros estudiantes:

1. Los medicamentos (recetados y de venta libre) no están permitidos en la escuela a menos que tanto el padre como el médico hayan completado un formulario de "Permiso de medicamentos recetados para ser administrados durante el horario escolar". La forma y el medicamento deben ser traídos a la escuela por un adulto, los estudiantes no pueden transportar medicamentos.
2. Periódicamente se realizan exámenes de audición, dentales y de visión en la escuela. Si hay alguna inquietud, se le notificará.
3. Los controles de la cabeza se llevarán a cabo en la escuela. Si un estudiante es enviado a casa con los piojos, no puede regresar a la escuela o viajar en el autobús hasta que se los vuelva a registrar en la oficina de la escuela.
4. De acuerdo con la Política de la Junta de Escuelas del Condado de Onslow (4230.5), los estudiantes con fiebre de 100 ° o más, con vómitos o con diarrea serán enviados a casa y no podrán regresar hasta que estén libres de síntomas durante 24 horas (sin medicación) antes ellos pueden regresar a la escuela
5. Si su hijo tiene una erupción sospechosa, debe ser revisado por su médico de familia antes de ir a la escuela o viajar en el autobús.
6. Es esencial que la enfermera y la escuela tengan números de teléfono de emergencia actualizados para garantizar que se notifique a los padres / tutores legales en caso de que un estudiante se enferme o lesione. Por favor, actualice la oficina de la escuela cuando estos números cambien.

¡GRACIAS POR SU COOPERACIÓN!