

ESCUELA AUTÓNOMA DE LA ACADEMIA AVANZADA DE MATEMÁTICAS Y CIENCIAS

Hoja Informativa de la Oficina de Salud del Estudiante y Permiso de los Padres para Medicamentos de Venta Libre 2024-25

******Por favor, complételo con exactitud y devuélvalo puntualmente a la Enfermera de la Escuela, ya que puede acompañar a su hijo(a) en caso de que se necesite atención de emergencia.**

Nombre del estudiante como aparece en el cert. de nacimiento: _____ Grado al que ingresa: _____ Sexo: () Masculino () Femenino () No Binario

Fecha de nacimiento: _____

Apellidos _____ Nombre de pila _____ Segundo nombre _____

Dirección: _____ Pueblo/Ciudad: _____ Código postal: _____

Teléfono móvil del estudiante: _____ Idioma principal: _____ Idioma principal en casa: _____

¿Con quién vive el estudiante? () Ambos progenitores () Uno de los progenitores () Los progenitores comparten la custodia () Otro (tutor)

Nombre y curso de los hermanos en el edificio escolar: _____

Transporte escolar: Autobús _____ Recogida de los padres _____ Programa de jornada prolongada _____ Programas extraescolares _____

En caso de emergencia médica, la escuela intentará ponerse en contacto con los padres/tutores antes de transportar a su estudiante en ambulancia a un centro de urgencias si se considera necesario. Por favor complete la información de contacto de los padres/tutores y del proveedor médico. Su estudiante no puede ser entregado a nadie más que los mencionados aquí:

Contacto principal nº 1:

Contacto principal nº 2:

Nombre: _____

Nombre: _____

Relación con el estudiante: _____

Relación con el estudiante: _____

Teléfono de casa: _____

Teléfono de casa: _____

Teléfono móvil: _____

Teléfono móvil: _____

Teléfono de trabajo: _____

Teléfono de trabajo: _____

Empleador: _____

Empleador: _____

Correo electrónico _____

Correo electrónico _____

Otro (Custodia/Padrastro/Tutor):

Otro contacto:(Familiar local/Amigo)

Nombre: _____

Nombre: _____

Relación con el estudiante: _____

Relación con el estudiante: _____

Teléfono: _____

Tel: _____

Nombre del médico: _____ Teléfono del consultorio: _____

Compañía de seguros médicos (nombre) _____ N° de póliza _____ () Ninguna

Nombre del dentista _____ Teléfono del consultorio: _____

Compañía de seguros dentales (Nombre) _____ N° de póliza _____ () Ninguna

Enumere los medicamentos que toma actualmente su estudiante (en casa y/o en la escuela):

Enumere las alergias a (medicamentos/alimentos): _____

ALERGIAS: Si una picadura de abeja o una alergia al maní/frutos secos/alimento requiere un EpiPen en la escuela, obtenga por escrito las órdenes del proveedor médico, los suministros y el plan de acción contra la alergia, y envíelos a la Oficina de Salud.

Tiene su hijo(a) un autoinyector de epinefrina: () Sí

Especifique la alergia: _____

ASMA: Si necesita un inhalador en la escuela, obtenga por escrito las Órdenes de los Proveedores Médicos, Suministros y Plan de Acción para el Asma; enviar a la Oficina de Salud.

Tiene su hijo(a) un inhalador dosificador: () Sí

Especifique (tipo/uso/con qué frecuencia): _____

DIABETES: Obtenga por escrito las Órdenes del Proveedor Médico, Suministros y Plan de Acción para la Diabetes; envíelo a la Oficina de Salud.

Especifique cualquier medicamento o tratamiento que su hijo(a) pueda necesitar durante el horario escolar: _____

Convulsiones: Obtenga por escrito las Órdenes Médicas, el Plan de Acción de Convulsiones; envíelo a la Oficina de Salud.

Especifique cualquier medicamento o tratamiento que su hijo(a) pueda necesitar durante el horario escolar: _____

Marque cualquier problema de salud que se aplique a su hijo(a) y explique (medicamento/tratamiento). Mencione el nombre de un especialista si está bajo tratamiento.

- | | | |
|--|----------------------------------|-------------------------------|
| () Visión (gafas/lentes de contacto) _____ | () Audición (audífonos) _____ | () Habla _____ |
| () Dental _____ | () Escoliosis _____ | () Muscular _____ |
| () Dolores de cabeza _____ | () Migrañas _____ | () Asma _____ |
| () Alergias _____ | () Problemas neurológicos _____ | () Convulsiones _____ |
| () Historial de con. cerebrales _____ | () Diabetes _____ | () Enfermedad cardíaca _____ |
| () Problemas gastrointestinales _____ | () TDAH _____ | |
| () Problemas emocionales, de comportamiento o de salud mental _____ | | |
| () Otros problemas de salud _____ | | |
| () Limitaciones físicas, equipo especial _____ | | |

Doy permiso a la enfermera de la escuela para compartir esta información pertinente a la condición de salud de mi hijo con el personal escolar adecuado cuando sea necesario para satisfacer las necesidades de salud y seguridad de mi hijo. Doy permiso para intercambiar información con el médico de atención primaria de mi hijo con el propósito de derivación, diagnóstico y tratamiento. () Sí () No

En caso de una emergencia o lesión grave y no se me puede localizar en los números de teléfono proporcionados, autorizo a la escuela a organizar el transporte a la sala de emergencias del hospital más cercano para ser tratado.

Firma (padre/madre/tutor): _____ Fecha: _____

Autorización paterna para pedidos de medicamentos sin receta 2024-25

De acuerdo con las órdenes permanentes de AMSA y los protocolos firmados por el médico de la escuela, la Dra. Angela Hunt, M.D., los medicamentos mencionados a continuación serán dispensados con el permiso por escrito de un padre o tutor. Su hijo(a) puede recibir hasta tres (3) dosis cada año escolar de medicamentos de venta libre; estos medicamentos son para uso muy poco frecuente. No se dispensará ningún medicamento si su hijo(a) presenta fiebre o cualquier signo de enfermedad o afección que justifique la evaluación de un proveedor médico. Se utilizarán otros métodos para aliviar el dolor, como compresas de hielo/calor, reposo e hidratación/merienda, antes de ofrecer el medicamento. Todo niño que necesite más de 3 dosis por año escolar académico deberá obtener las órdenes de un proveedor médico.

Mi hijo(a) tiene permiso para recibir lo(s) medicamento(s) marcado(s) a continuación. Comprendo que este medicamento se administrará solo después de que la(s) enfermera(s) haya(n) realizado una evaluación y determinado que es adecuado:

- | | | |
|---|---|---|
| () Ibuprofeno 400 mg, para aliviar el dolor | () Paracetamol 650 mg, para aliviar el dolor | () Pastillas para la garganta, para aliviar el dolor de garganta/tos |
| () Caladryl, para el alivio tópico del picor | () Vaselina (petrolato) o bálsamo labial para labios agrietados o cuidado de heridas | |

Llámenme cada vez que mi hijo(a) reciba una dosis de medicamento () Sí () No Teléfono: _____

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____