



Una nota de la enfermera de la escuela:

¡Estamos muy emocionados de que haya elegido que su hijo sea parte de la familia del Distrito Escolar Black Hawk! Nos esforzamos por crear un ambiente de aprendizaje saludable para todos y cada uno de los estudiantes. Para tener éxito, le pedimos que se tome un tiempo para completar los formularios adjuntos en este paquete y regresar a la escuela antes del inicio del año escolar.

También adjunto el formulario de consentimiento OPCIONAL para la clínica dental GRATUITA de Seal-A-Smile. Visitan la escuela en toda la escuela y realizan servicios dentales. Las vacunas contra la gripe y otras vacunas se ofrecerán más adelante a través del condado de Lafayette dependiendo de la aprobación y la disponibilidad del personal. El Club de Leones también realizará exámenes de la vista GRATUITOS durante todo el año. También proporcionaré exámenes de audición para los grados 4K a 2.^{Dakota del Norte} calificación. Fechas y horarios que se anunciarán a medida que estén programados.

También se incluye un formulario de consentimiento de FERPA/HIPPA. Le pido que complete esto en su totalidad en caso de que necesite comunicarme con el médico de su hijo por cualquier motivo de salud que pueda afectar su vida escolar.

También incluimos un formulario de autorización de medicamentos de venta libre (Tylenol, ibuprofeno, Benadryl, etc.) y un formulario de autorización de medicamentos recetados que debe completarse si a su estudiante se le debe administrar CUALQUIER medicamento durante el día escolar. Esto incluiría inhaladores que los estudiantes de secundaria y preparatoria pueden tener en su poder.

Puede comunicarse conmigo en cualquier momento para CUALQUIER pregunta o inquietud relacionada con la salud. ¡No dude en comunicarse ya que somos socios para mantener a su hijo sano y tener un año escolar exitoso!

Gracias por tomarse el tiempo para completar estos formularios. ¡BIENVENIDOS a usted y a su estudiante!

Atentamente,

Sara A. Kaster MSN, APNP, FNP-BC
Enfermera de la escuela Black Hawk
Oficina 608-439-5400 x111
Correo electrónico: kassar@blackhawk.k12.wi.us



Lista de verificación de formularios de salud requeridos

_____ Formulario de salud del distrito escolar de Black Hawk

_____ Formulario de examen físico de jardín de infantes

_____ Informe del examen de salud ocular del jardín de infantes

_____ Registro de vacunación del estudiante

La fecha (mes, día y año) de cada vacuna debe anotarse en el Registro de vacunación del estudiante. Las exenciones están disponibles por motivos religiosos, de salud y de convicciones personales. Puede ver el registro de vacunas de su hijo desde su computadora en el Registro de Vacunas de Wisconsin (WIR). La dirección de internet es <https://www.dhfwir.org/>

_____ Consentimiento para medicamentos recetados

_____ Consentimiento para medicamentos de venta libre o sin receta

_____ Consentimiento FERPA/HIPPA (opcional)

_____ Sello-Una-Sonrisa (opcional)



Distrito Escolar Black Hawk Formulario de salud

Complete este formulario cada año para su estudiante. Esto garantiza que tengamos información actualizada en nuestros archivos si necesitamos comunicarnos con alguien en caso de emergencia y brindarle la atención médica adecuada.

Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

Dirección de casa Teléfono

Tutor(es) legal(es) si corresponde _____

Padre Lugar de Trabajo Trabajo Teléfono Ocupación

e Lugar de trabajo Teléfono de trabajo Ocupación Madr

Otros en casa: Hermanas _____ Hermanos _____

Hermanastros _____

Plan de atención de emergencia

Médico de cabecera _____ Última visita _____

Número de teléfono _____

Esta sección debe completarse EXACTAMENTE. Es imperativo que esta información sea precisa y correcta para el próximo año escolar. En el pasado, teníamos información incompleta y, si surge una emergencia médica, debemos poder brindar atención competente.

Condición médica _____ Atención de emergencia

_____ Medicamentos _____

Dentista _____ Última visita _____

Número de teléfono _____

Último examen de la vista _____ ¿Gafas o lentes de contacto?

Hospital Preferido (en caso de emergencia) _____

Si su hijo está enfermo y no podemos localizarlo en casa o en el trabajo, ¿a quién podemos llamar?

Nombre _____ Teléfono _____

Relación _____

Nombre _____ Teléfono _____

Relación _____

POR FAVOR enumere TODOS LOS MEDICAMENTOS alergias y la reacción.

POR FAVOR enumere TODAS LAS ALERGIAS ALIMENTARIAS y la reacción.

¿Tiene su familia acceso/fondos adecuados para alimentos? _____

Si no, ¿estaría interesado en participar en el Programa Warrior Backpack? _____

¿Está el estudiante completamente vacunado _____?

Parcialmente inmunizado _____

Consulte las vacunas requeridas adjuntas para el estado de Wisconsin

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

Nombre impreso del padre/tutor _____

Distrito Escolar Black Hawk

CONSENTIMIENTO para la autorización de administración de medicamentos de venta libre (OTC) o sin receta

Por favor complete ambos secciones

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

CALIFICACIÓN: _____

*Este formulario deberá ser completado anualmente. Se mantendrá archivado en la oficina de salud de la escuela. Si no hay un formulario firmado, se realizará una llamada telefónica a un padre/tutor en una ocasión. Luego, el formulario se enviará a casa para que lo firmen y lo devuelvan. Estarán disponibles paracetamol, ibuprofeno, Benadryl y Tums. Si lo prefieres puedes enviar un original separado biberón etiquetado para su hijo.

PARA COMPLETAR POR EL PADRE/TUTOR

Por favor ponga sus iniciales en cada medicamento que usted autorice para su administración en la escuela. Circule la forma preferida de medicación.

_____ **Ibuprofeno (Advil)**(para el dolor, la fiebre) Tabletas masticables líquidas

_____ **Acetaminofén (Tylenol)**(para el dolor, la fiebre) Tabletas masticables líquidas

_____ **Benadril**(para reacción alérgica, picazón) Tabletas líquidas

_____ **Giros (fuerza regular)**

___ Doy permiso para que los medicamentos anteriores se administren según las indicaciones

Las personas calificadas y capacitadas en la administración de medicamentos tienen mi permiso para administrar los medicamentos anteriores como se indica en la etiqueta.

FIRMA DEL PADRE / TUTOR: _____ **FECHA:** _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____

Distrito Escolar Black Hawk

CONSENTIMIENTO PARA MEDICAMENTOS RECETADOS

Por favor complete ambos secciones

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ CALIFICACIÓN: _____

*Este formulario deberá ser completado **anualmente** si su hijo recibe medicamentos diarios en la escuela.

PARA COMPLETAR POR EL MÉDICO o PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Frecuencia de dosificación de medicamentos

Efectos secundarios: _____

FIRMA DEL MÉDICO/PROVEEDOR: _____ FECHA: _____

Dirección de la clínica: _____ Teléfono: _____

PARA COMPLETAR POR EL PADRE/TUTOR

___ Doy permiso para que los medicamentos anteriores se administren según las indicaciones y/o me comunique con el proveedor si es necesario.

Autorizo al personal capacitado a administrar este medicamento en la escuela y, si surge la necesidad, la enfermera de la escuela puede comunicarse con el médico/proveedor de atención médica según sea necesario con respecto a este medicamento. Autorizo al personal de salud bajo HIPPA y FERPA a comunicar información de salud cuando sea necesario. Esto permite conversar con la administración por parte de la enfermera de la escuela y, según sea necesario, con el personal docente y de apoyo.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR: _____ **FECHA:** _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo:

***El medicamento DEBE estar en el frasco recetado original.**

***La etiqueta debe estar actualizada con el nombre del estudiante, el medicamento y la fecha.**

***Se requieren cambios de dosis aviso por escrito con el proveedor/proveedor de atención médica y el padre/tutor firma.**

CONSENTIMIENTO FERPA/HIPPA (opcional)

Debe firmar el reverso

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD ENTRE PROVEEDORES MÉDICOS y DISTRITOS ESCOLARES

La finalización de este documento autoriza la divulgación y/o el uso de información de salud de identificación individual, como se establece a continuación, de conformidad con las leyes federales (incluida HIPPA) relativas a la privacidad de dicha información. No proporcionar toda la información solicitada puede invalidar esta autorización.

INFORMACIÓN DE USO Y DIVULGACIÓN:

Nombre del paciente/estudiante:

Fecha de nacimiento: _____

Yo, el abajo firmante, por la presente autorizo a (nombre de la agencia y/o proveedores de atención médica):

(1) _____

(2) _____

Proporcionar información de salud del expediente médico del niño mencionado anteriormente hacia y desde:

Distrito Escolar Black Hawk

202 este centro de la calle

Wayne, Wisconsin 53587

Oficial del distrito escolar para

Qué divulgación se hace

Sara A Kaster APNP, RN, FNP-BC

La divulgación de información de salud se requiere para el siguiente propósito:

La información solicitada se limitará a lo siguiente: ___ Toda la información de salud mínima necesaria; o

___ Información específica de la enfermedad como se describe:

DURACIÓN:

Esta autorización entrará en vigor inmediatamente y permanecerá vigente hasta _____ (ingrese la fecha) o durante un año a partir de la fecha de la firma, si no se indicó ninguna fecha.

RESTRICCIONES:

La ley prohíbe al Solicitante hacer más revelaciones de mi información de salud a menos que el Solicitante obtenga otro formulario de autorización de mi parte o a menos que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

SUS DERECHOS:

Entiendo que tengo los siguientes derechos con respecto a esta Autorización: *Puedo revocar esta Autorización en cualquier momento. Mi revocación debe realizarse por escrito, firmada por mí o en mi nombre y entregada al distrito escolar/agencias de atención médica/personas mencionadas anteriormente. Mi revocación entrará en vigor al recibirla, pero no será efectiva en la medida en que el Solicitante u otros hayan actuado basándose en esta Autorización.*

NUEVA DIVULGACIÓN:

Entiendo que el Solicitante (Distrito Escolar) protegerá esta información según lo prescrito por la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA) y que la información pasa a formar parte del registro educativo del estudiante. La información se compartirá con personas que trabajan en o con el Distrito Escolar con el fin de proporcionar entornos educativos y servicios y programas de salud escolar seguros, apropiados y menos restrictivos.

Tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización. Es posible que sea necesario firmar esta autorización para que este estudiante obtenga los servicios apropiados en el entorno educativo.

APROBACIÓN:

Nombre impreso del padre/tutor

Firma del padre/tutor

Fecha