

# Charleston > excellence is our standard County SCHOOL DISTRICT

## Medication/Procedure Doctor's Orders

School Year: \_\_\_\_\_

*To Be Completed By Legal Prescriber (This order is valid through the end of the school year and new orders are required each year)*

Name of Student: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

School: \_\_\_\_\_ School Phone/Fax: \_\_\_\_\_

Diagnosis: \_\_\_\_\_

List any known drug allergies or other allergies: \_\_\_\_\_

Medication	Indication	Dosage	Potential side effects	Comments/special instructions

### Medication and/or Procedure

This student has been instructed and is competent in proper use of medication and/equipment (understands indications, actions, side effects, when to administer, and when not to administer and when to seek assistance). This student should be allowed to possess and self administer the listed medication(s) and/or procedure(s) in any area of school or at any school sponsored activity in transit to and from school sponsored activities, and before and after school activities on school property.

Special Procedure:	Catheterization	Tube feeding	Other

*This student's specific information will be used to individualize the CCSD Health Management Plan and Emergency Action Plan that will be shared on need to know basis for student safety.*

\_\_\_\_\_  
Legal Prescriber, print name      Signature of Legal Prescriber      Date      Phone/fax

\_\_\_\_\_  
Signature of parent/legal guardian      Date      Phone      Email

Charleston > excellence is our standard  
County SCHOOL DISTRICT

Self Medication and/or Procedure

Parent/Guardian Permission and Student Agreement

Student's Name \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_

Name of School \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_ Homeroom Teacher \_\_\_\_\_

Medication/Procedure: \_\_\_\_\_

**Parent Consent:** Read and check each statement, if you agree. All are required for self medication(s)/procedure(s) at school.

I authorize my child to possess and self-administer the medication(s)/procedure(s) noted above as prescribed while in the classroom and in any area of the school or school grounds, at any school-sponsored activity, in transit to and from school or school-sponsored activities, and during before-school or after-school activities on school operated property.

My child has been instructed about the proper use of the medication(s)/procedure(s) noted above.

My child has shown me that he or she can safely self-administer the medication(s)/procedure(s) noted above.

My child and I will be responsible for the proper use and safe-keeping of the medication(s)/equipment.

I will not hold the school district or any of its employees or agents liable if an injury occurs related to my child self-administering medication(s)/procedure(s). I will be responsible for any costs related to any claims that occur related to my child self-administering medication(s)/procedure(s).

I understand that my child will lose the privilege of self-administering medication(s)/procedure(s), if student endangers self or another student by misusing the medication(s)/equipment.

I understand that my child may only self-administer the medication(s)/procedure(s) noted above. All other medications must be given to my child by a school employee.

I understand that my child must keep his or her medications in the container provided by the pharmacist or my child's health care practitioner and must have my child's name, the name and dosage of the medication, and the directions for proper use on it.

Parent Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Medication/Procedure: \_\_\_\_\_

**Student Consent:** Read and check each statement, if you agree. All are required for self medication(s)/procedure(s) at school.

I know when I should and when I should not take the medication(s)/perform the procedure noted above.

I know the signs and symptoms that may mean that I should not take the medication(s).

I know the signs and symptoms that may mean that I should take the medication(s)/perform the procedure(s).

I know how much of the medication(s) noted above I should take.

I know how to take the medication(s)/perform the procedure(s) noted above.

I will take the medication(s)/perform the procedure(s) the way that my health care provider has instructed.

I will keep the medication in the package provided by the pharmacy or my health care practitioner.

I will keep the medication and any supplies needed for taking the medication(s)/performing the procedure(s) with me in a safe place.

I will not allow other students to touch or hold my medication(s)/ nor any of the supplies/equipment needed for taking the medication(s)/performing the procedure(s).

I understand that I will no longer be able to take my medication on my own, if I endanger myself or another student by misusing the medication(s)/equipment.

I understand that I can only take the medication(s)/perform the procedure(s) noted above on my own. All other medication(s)/procedure(s) must be given to me by a school employee.

Student Signature: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

## Medication/Procedure Doctor's Orders

**To Be Completed By Legal Prescriber**

Name of Student: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_

Diagnosis: \_\_\_\_\_

List any known drug allergies or other allergies: \_\_\_\_\_

**Doctor's orders for medications or procedures to be administered or performed at school:**

Name of Medication: \_\_\_\_\_ Reason for Taking: \_\_\_\_\_

Dosage: \_\_\_\_\_ Route: \_\_\_\_\_

Frequency/Time(s) to be given at school: \_\_\_\_\_

Date to begin medication/procedure: \_\_\_\_\_ Stop date if not end of school year: \_\_\_\_\_

Potential side effects/adverse reactions: \_\_\_\_\_

**Comments or Special Instructions:**

\_\_\_\_\_  
Legal Prescriber, print name/title

\_\_\_\_\_  
Signature of Legal Prescriber

Office phone #: \_\_\_\_\_

FAX #: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**To Be Completed By Parent/Legal Guardian**

I have read and understand the CCSD Medication/Procedure policy and give permission for my child to receive the above medication or have the above procedure performed as directed.

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent/Legal Guardian

\_\_\_\_\_  
Date

Home Telephone #: \_\_\_\_\_

Work Telephone # \_\_\_\_\_

*This order is valid through the end of the school year and new doctor's orders are required at the start of each school year.*

## Información para Padres sobre Procesos Médicos y de Medicina

El Distrito Escolar de Charleston ha establecido reglas (JLCD) identificando administración segura de medicinas y de procesos médicos realizados durante horas escolares. Ningún estudiante debe llevar medicina en la escuela excepto cuando el estudiante tenga permiso para hacerlo según el Plan de Cuidados de Salud Individualizados (Individualized Healthcare Plan) para controlar contra una condición que amenaza la vida del estudiante.

### REGLAS GENERALES

#### Medicinas

1. Cuando sea posible, los padres deben dar las medicinas a sus niños durante horas antes o después del horario escolar. Cualquier medicina dada al estudiante durante el horario escolar, incluyendo medicinas no recetadas, deben ser acompañadas por el formulario completo con las instrucciones del doctor (*doctor's Order*) ya sea del médico o de un profesional de salud reconocido por el Departamento de Trabajo, Licencias y Reglas de Carolina del Sur (SC's Dept of Labor, Licensing, and Regulation) que autoriza para recetar medicinas. La parte del formulario que corresponde al padre o guardián legal también debe estar completada.
2. CCSD y sus empleados reservan el derecho de rehusar peticiones para administrar medicina que no sean consistentes con los estándares profesionales o que consideren peligrosos para el entorno escolar. Si esto ocurre, la alternativa es reunirse para discutir las necesidades del estudiante.
3. Peticiones de padres o apoderados para administrar productos medicinales alternativos/herbarios "sin-etiqueta" o medicinas usadas como investigación serán evaluadas individualmente.

#### Proceso

1. Proceso médico requiere recibo del formulario completo de las órdenes del doctor (*Doctor's Order*) y el equipo necesario para el procedimiento. La orden del doctor tiene que ser completado por un profesional de salud reconocido por el Departamento de Trabajo, Licencias y Reglas de Carolina del Sur que autoriza para realizar procedimientos médicos. La parte del formulario que corresponde al padre o guardián legal también debe estar completada.
2. La enfermera de la escuela, en consulta con los padres, doctor y estudiante, desarrollarán un plan de administración individualizado para el procedimiento médico.

### RESPONSABILIDAD DEL PADRE

1. Entregar la Orden del Doctor junto con la medicina en el frasco original con la etiqueta de receta y/o el equipo apropiado para el procedimiento médico a la escuela.
2. Informar a la escuela sobre cualquier cambio en la condición de salud, procedimiento médico o de medicina del estudiante.
3. Actualizar los formularios del CCSD anualmente o cuando haya cualquier cambio en la medicina o en el procedimiento médico.
4. Recoger cualquier medicina que no haya sido usada o artículos médicos dentro de una semana de discontinuación o el último día escolar para estudiantes; si no lo hace las medicinas serán deshechadas.
5. Proveer no más de treinta (30) días de medicina a la escuela.
6. Sea responsable por la medicina/equipo hasta que sea recibido por el director de la escuela o persona designada.

### RESPONSABILIDAD DE LA ESCUELA

1. Recibir y revisar el formulario completo de la Orden del Doctor junto con la medicina (con su etiqueta apropiada en el frasco original) y/o el equipo médico apropiado.
2. Ayudar a los estudiantes con la medicina o con la realización del procedimiento médico según las reglas JLCD del distrito escolar.
3. Comunicarse con los padres sobre cualquier problema relacionado con la administración de medicina o de procedimiento médico.
4. Destruir la medicina según las reglas una semana después de discontinuación de la medicina o a fines del año escolar si no son reclamados por los padres.

### ADMINISTRANDOSE O MONITOREANDOSE LA MEDICINA A SI MISMO

Ciertos estudiantes con necesidades de cuidados especiales de salud pueden administrarse a sí mismos o monitorearse si cumplen con los siguientes requisitos:

1. La orden del doctor es completada con lo siguiente: nombre de medicina/procedimiento; dosis, hora y ruta por donde tomar la medicina; declaración del recetador legal que el estudiante puede administrarse la medicina a sí mismo y/o monitorearse; firma del recetador legal; firma del padre o guardián legal.
2. Un Plan de Administración de Salud Individualizado ha sido desarrollado por la enfermera de la escuela con la recomendación del proveedor de salud del estudiante y el padre/guardián y el estudiante.
3. Documentación del proveedor de salud del estudiante indicando que el estudiante ha sido entrenado y que es capaz de monitorearse y de administrarse medicina a sí mismo.
4. El padre ha firmado el permiso de compartir la información con el proveedor de salud del estudiante y a los empleados de la escuela que tengan necesidad legítima.
5. Medicina es proveída en un recipiente llevando la etiqueta de receta apropiada.
6. Determinación que el estudiante puede monitorearse y administrarse la medicina a sí mismo y que no va a perjudicar la salud del estudiante o de otros.
7. Una declaración firmada por el padre/guardián legal indicando que el distrito escolar no será responsable legalmente si el niño se hace daño como resultado de monitorearse y administrarse la medicina a sí mismo. El padre/guardián legal no puede demandar al distrito escolar y a sus empleados o agentes por causas ocasionadas por el estudiante monitoreando o administrando la medicina a sí mismo.

## Medication/Procedure Doctor's Orders

School Year: \_\_\_\_\_

**To Be Completed By Legal Prescriber**

Name of Student: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_

Diagnosis: \_\_\_\_\_

List any known drug allergies or other allergies: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Doctor's orders for medications or procedures to be administered or performed at school:**

Name of Medication: \_\_\_\_\_ Reason for Taking: \_\_\_\_\_

Dosage: \_\_\_\_\_ Route: \_\_\_\_\_

Frequency/Time(s) to be given at school: \_\_\_\_\_

Date to begin medication/procedure: \_\_\_\_\_ Stop date if not end of school year: \_\_\_\_\_

Potential side effects/adverse reactions: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Comments or Special Instructions:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Legal Prescriber, print name/title

\_\_\_\_\_  
Signature of Legal Prescriber

Office phone #: \_\_\_\_\_

FAX #: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**To Be Completed By Parent/Legal Guardian**

I have read and understand the CCSD Medication/Procedure policy and give permission for my child to receive the above medication or have the above procedure performed as directed.

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent/Legal Guardian

\_\_\_\_\_  
Date

Home Telephone #: \_\_\_\_\_

Work Telephone # \_\_\_\_\_

*This order is valid through the end of the school year and new doctor's orders are required at the start of each school year.*

## **Parent Information For Medications and Medical Procedures**

The Charleston County School District has established a policy (JLCD) identifying procedures for the safe administration of medications and/or medical procedures performed during school hours. No student shall carry medicine in school except for students given permission to do so by the Individualized Healthcare Plan to guard against a life threatening condition.

### **GENERAL RULES**

#### **Medications**

1. When possible, medications should be given by parents/guardians before or after school hours. Any medication to be given during the school day, including over the counter medication, must be accompanied by a completed *Doctor's Order* from a health care practitioner who is recognized by SC's Dept of Labor, Licensing, and Regulation as authorized to prescribe medications. The parent/guardian portion of the form must also be completed.
2. CCSD and its employees reserve the right to refuse to honor medication requests that are not consistent with professional standards and/or deemed unsafe for the school setting. If this occurs, alternatives for meeting the student's needs will be discussed.
3. Requests from parent/guardians for administration of herbal/alternative medicinal products, "off-label" or investigational medications will be evaluated on a case-by-case basis.

#### **Procedures**

1. Medical procedures require receipt of the completed *Doctor's Order* and necessary equipment for the procedure. The *Doctor's Order* must be completed by a health care practitioner who is recognized by SC's Dept of Labor, Licensing, and Regulation as authorized to prescribe medical procedures. The parent/guardian portion of the form must also be completed.
2. The school nurse, in consultation with the parents, physician and student, will develop an Individualized Health Management Plan for the medical procedure.

### **PARENT RESPONSIBILITY**

1. Deliver the completed *Doctor's Order* along with medication in the original labeled prescription container and/or proper equipment for medical procedure to the school.
2. Inform the school of any changes in the student's health condition, medical procedure or medication.
3. Update CCSD forms annually or when there is any change in the medication or medical procedure.
4. Pick up any unused medication or medical supplies within one week of discontinuation or last day for students, whichever comes first, after which medications will be disposed of.
5. Provide no more than a thirty (30) day supply of medication to the school.
6. Be responsible for medication/equipment until it is received by principal or his/her designee.

### **SCHOOL RESPONSIBILITY**

1. Receive and review completed *Doctor's Order* along with medication (properly labeled/original container) and/or appropriate medical equipment.
2. Safely assist students with medication or performance of medical procedure according to CCSD policy JLCD.
3. Communicate with the parent any problems or issues relating to administering medication or medical procedures.
4. Destroy medicine according to policy one week after discontinuance of medication or at the end of the school year, if not reclaimed by parents.

### **SELF MEDICATING AND/OR SELF MONITORING**

Certain students with special health care needs may self administer and or monitor provided the following requirements are met:

1. The *Doctor's Order* is completed with the following: name of the medication/procedure; dosage, time and route of the medication; statement from the legal prescriber that the student may self medicate and/monitor; signature of legal prescriber; signature of parent or legal guardian.
2. An Individualized Health Management Plan (IHP) has been developed by the school nurse with input from the student's healthcare provider, the parent/guardian and the student.
3. Documentation from the student's healthcare provider stating that the student has been trained and is competent to self medicate and/or self monitor.
4. Parent has signed release of information allowing sharing of information with the student's healthcare provider and to those school employees with a legitimate need to know.
5. Medication is provided in an appropriately labeled prescription container.
6. Determination that the student's self administration/monitoring will not jeopardize the safety of the student or others.
7. A signed statement by the parent/legal guardian acknowledging that the district shall incur no liability as a result of any injury arising from the student self medicating and/or monitoring. The parent/legal guardian shall indemnify and hold harmless the district and its employees and agents against any claims arising out of the student self medicating and/or monitoring.



# IMMUNIZACIÓN

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE PADRES

## INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE (UTILICE SÓLO TINTA NEGRA)

PRIMER NOMBRE DEL ESTUDIANTE		Inicial	APELLIDO(S) DEL ESTUDIANTE		EDAD	GRADO
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/YYYY) / /	GENERO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	ESCUELA			MAESTRO(A)	
RAZA <input type="checkbox"/> indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> asiático <input type="checkbox"/> negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano/isleño Pacífico <input type="checkbox"/> blanco				ETHNICIDAD <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino		
DIRECCIÓN			CIUDAD		ESTADO	CODIGO POSTAL
PRIMER NOMBRE DEL PADRE/ TUTOR		APELLIDO(S) DEL PADRE/ TUTOR			NÚMERO TELEFÓNICO CELULAR DEL PADRE/TUTOR ( ) -	
CORREO ELECTRONICO DEL PADRE/ TUTOR				NÚMERO TELEFÓNICO DE CASA DEL PADRE/TUTOR ( ) -		

## INFORMACIÓN DEL SEGURO (POR FAVOR LLENE COMPLETAMENTE)

MEDICAID <input type="checkbox"/> Sí (Escribe el número de Medicaid) <input type="checkbox"/> No (Continúe completando el formulario)	NÚMERO DE MEDICAID DE SC
SEGURO MÉDICO <input type="checkbox"/> Sí (Escribe la información del seguro) <input type="checkbox"/> No (Continúe completando el formulario)	COBERTURA PARA VACUNACIÓN <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Marque la vacuna que le gustaría que su hijo/a reciba:  Tdap (obligatorio)  Varicela (obligatorio)  Hepatitis B (obligatorio)  Meningitis (recomendado)  HPV (recomendado)  Hepatitis A (recomendado)  Polio  Influenza  MMR  DTaP

## PREGUNTAS PREVISTA ANTES DE LA VACUNACIÓN

POR FAVORE RESPONDE A TODAS LAS PREGUNTAS A CONTINUACIÓN:

1. ¿Ha tenido su hijo/a algún problema de salud o enfermedades graves, como enfermedades cardíacas, diabetes, asma o trombocitopenia? En caso afirmativo, indique:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿Su hijo/a tiene alergias al látex, medicamentos, alimentos o vacunas (por ejemplo: huevos, proteína bovina, gelatina, gentamicina, polimixina, neomicina, fenol, levadura o tимерosal)? En caso afirmativo, indique:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. ¿Ha tenido su hijo/a alguna vez una reacción después de recibir una vacuna, incluyendo desmayos o mareos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. ¿Ha tendido su hijo/a alguna vez un trastorno cerebral convulsivo por el cual usted está tomando medicamentos anticonvulsivos, un trastorno cerebral, síndrome de Guillain-Barre (una condición que causa parálisis) u otro problema del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. Para las mujeres: ¿Está embarazada o está pensando en quedar embarazada durante el próximo mes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Para varicela, MMR•11, solamente: Responde las siguientes preguntas solamente si está recibiendo alguna de las vacunas mencionadas anteriormente.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. ¿Ha recibido su hijo/a algunas vacunas o pruebas cutáneas en las últimas cuatro a ocho semanas? En caso afirmativo, indique:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. ¿Su hijo/a tiene una condición médica que pueda debilitar su sistema inmunológico (por ejemplo, cáncer, leucemia, linfoma, VIH, SIDA, trasplante)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8. ¿Su hijo/a toma actualmente algún medicamento? En caso afirmativo, indique el medicamento:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9. ¿Su hijo/a está tomando actualmente una terapia de esteroides en dosis altas (prednisona >20mg/día o equivalente) durante más de 2 semanas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10. ¿Su hijo/a ha recibido una transfusión de sangre o productos sanguíneos o se le ha administrado un medicamento llamado inmunoglobulina (gamma) en el último año?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
11. ¿Le gustaría que se envíe una copia impresa de la Hoja de Información de la Vacuna a casa con su hijo/a?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

## AUTHORIZACION, CONSENTIMIENTO, DIVULGACIÓN E INTERCAMBIA DE INFORMACIÓN

Yo voluntariamente solicito y doy mi consentimiento para que el Distrito Escolar del Condado de Charleston (CCSD) proporcione las vacunas seleccionadas anteriormente para mi hijo/a en la cual esta mencionado/a en este formulario. También doy mi consentimiento para que mi hijo/a reciba estas vacunas en la escuela, para que las administre el personal de enfermería del CCSD. Se me han proporcionado las declaraciones de información sobre las vacunas. También se pueden encontrar en [www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/viscurrent-ws.html](http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/viscurrent-ws.html). Tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre las vacunas. Entiendo los riesgos y beneficios de las vacunas. Entiendo que las vacunas se administrarán en forma de inyección. He leído y respondido las preguntas anteriores con atención y precisión, y entiendo que la información incorrecta podría causar serios riesgos para mi hijo/a. En caso de exposición ocupacional, doy mi consentimiento para que se realicen análisis de sangre a mi hijo/a si es necesario para la seguridad del niño/a y de los empleados. Entiendo que la información sobre las vacunas de mi hijo/a será reportada al Registro de Inmunizaciones de SC para propósitos de salud pública. Por la presente LIBERO Y EXIMO DE RESPONSABILIDAD AL CCSD, sus empleados, fideicomisarios y/o agentes ("liberados") de toda responsabilidad, reclamación, demanda y causa de acción de cualquier tipo o naturaleza, ya sea en derecho o en equidad, que pueda surgir como resultado de recibir las vacunas solitadas, incluidas las reclamaciones de lesiones corporales y/o mentales, enfermedad o muerte, ya sea por negligencia de los liberados o de otro modo.

Además, doy mi consentimiento para que CCSD divulgue e intercambie información sobre el servicio proporcionado junto con el nombre de mi hijo/a, la fecha de nacimiento, el número de Medicaid o de seguro médico, el género y mi información de contacto con la Agencia de Medicaid (Departamento de Salud y Servicios Humanos); y que el CCSD facture y reciba el pago por los servicios descritos en este documento de la Agencia de Medicaid. Entiendo que el reembolso de Medicaid por los servicios de enfermería que no son IEP proporcionados por el CCSD y no elegirá ningún otro servicio de Medicaid para el cual mi hijo/a es elegible. El CCSD operará bajo las reglas de la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA) y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) para garantizar la confidencialidad con respecto al tratamiento de mi hijo/a y la provisión del servicio de enfermería que no son del IEP.

He leído información del Autorización, Consentimiento, Divulgación e Intercambio de Información anterior y entiendo sus disposiciones y aplicabilidad y se me ha dado la opción y recomendación de consultar con mi médico personal. Entiendo que participar en el programa de vacunación es totalmente voluntario y que mi hijo/a no está obligado/a a participar. Tengo la autoridad legal, basada en mi relación con la persona indicada anteriormente, para dar mi consentimiento para la administración de esta vacuna.

FIRMA DEL PADRE O TUTOR LEGAL	FECHA
-------------------------------	-------

# VACCINE ADMINISTRATION DOCUMENTATION (CLINIC USE ONLY)

## VACCINE HISTORY

Documentation	Nurse's Initials	Comments
No Contraindications or Precautions		
No Allergies		
Previous Doses (if applicable)		
Not pregnant (if female)		

## VACCINE ELIGIBILITY

Eligibility Code	Eligibility Category	Eligibility Check	Comments
1	Pediatric VFC> Medicaid		
2	Pediatric VFC>AA/AN		
3	Pediatric VFC> No Health Insurance		
4	Pediatric State > Underinsured/Hardship		
5			

## DOCUMENTATION

Vaccine Name	Dosage	Dose #	Site	Route	Manufacturer	Lot #	VIS	Elig
Tdap	0.5ml			IM	Sanofi		04/01/2020	
Varicella	0.5 ml			SQ	Merck		08/15/2019	
MMR	0.5 ml			SQ	Merck		08/15/2019	
Hepatitis B	0.5ml			IM	GSK		08/15/2019	
Meningococcal- Menactra	0.5 ml			IM	Sanofi		08/15/2019	
HPV-9	0.5ml			IM	Merck		10/30/2019	
Hepatitis A	0.5 ml			IM	GSK		07/28/2020	
Influenza (IIV4)	0.5 ml			IM	GSK		08/15/2019	
Influenza (LAIV4)	0.5 ml			Nasal	MI		08/15/2019	
IPV					Sanofi		08/06/2021	
DTaP				IM	GSK		08/06/2021	
Pediarix				IM	GSK		08/06/2021	
Kinrix				IM	GSK		08/06/2021	
MMRV				SQ	Merck		08/06/2021	

SIGNATURE/TITLE PERSON ADMINISTERING VACCINE

DATE

CLINIC SITE

IIS ENTRY COMPLETE



# IMMUNIZATION

## PARENT CONSENT FORM

### STUDENT INFORMATION (USE BLACK INK ONLY)

STUDENT FIRST NAME		MI	STUDENT LAST NAME		AGE	GRADE
DATE OF BIRTH (MM/DD/YYYY)	GENDER <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	SCHOOL			HOMEROOM TEACHER	
RACE <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> White					ETHNICITY <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino	
STREET ADDRESS			CITY	STATE	ZIP	
PARENT/GUARDIAN FIRST NAME		PARENT/GUARDIAN LAST NAME			PARENT/GUARDIAN CELL PHONE ( ) -	
PARENT/GUARDIAN EMAIL ADDRESS					PARENT/GUARDIAN HOME PHONE ( ) -	

### INSURANCE INFORMATION (PLEASE FILL OUT COMPLETELY)

MEDICAID <input type="checkbox"/> Yes (Enter Medicaid Number)	SC MEDICAID NUMBER
<input type="checkbox"/> No (Continue completing form)	
INSURANCE <input type="checkbox"/> Yes (Enter insurance information)	VACCINE COVERED
<input type="checkbox"/> No (Skip to screening questions)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Check the vaccine you would like your child to receive:

- Tdap (required)  Varicella (required)  Hepatitis B (required)  Meningitis (recommended)  
 HPV (recommended)  Hepatitis A (recommended)  Polio  Flu  MMR  DTaP

### VACCINE SCREENING QUESTIONS

PLEASE ANSWER ALL QUESTIONS BELOW:

1. Has your child had any health conditions or major illnesses, such as heart disease, diabetes, asthma or thrombocytopenia? If yes, please list:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
2. Does your child have allergies to latex, medications, food or vaccines (examples: eggs, bovine protein, gelatin, gentamicin, polymyxin, Neomycin, phenol, yeast or thimerosal)? If yes, please list:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
3. Has your child ever had a reaction after receiving a vaccination, including fainting or feeling dizzy?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
4. Has your child ever had a seizure disorder for which you are on seizure medication(s), a brain disorder, Guillain-Barre syndrome (a condition that causes paralysis) or other nervous system problem?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
5. <b>For women:</b> Are you pregnant or considering becoming pregnant in the next month?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<b>For chickenpox, MMR•11, only:</b> Only answer the following questions if you are receiving any vaccinations listed above.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
6. Has your child received any vaccinations or skin tests in the past four to eight weeks? If yes, please list:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
7. Does your child have a condition that may weaken your immune system (e.g., cancer, leukemia, lymphoma, HIV/AIDS, transplant)?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
8. Is your child currently on any medications? If yes, please list medicine:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

9. Is your child currently taking high-dose steroid therapy (prednisone >20mg/day or equivalent) for longer than 2 weeks?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
10. Has your child received a transfusion of blood or blood products or been given a medication called immune (gamma) globulin in the past year?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
11. Would you like a paper copy of the Vaccine Information Sheet sent home with your child?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

### AUTHORIZATION, CONSENT AND RELEASE

I voluntarily request and consent for the Charleston County School District (CCSD) to provide the above selected vaccines for my child named on this form. I also, consent for my child to receive these vaccines at school, to be administered by CCSD nursing staff. I have been provided the Vaccine Information Statements. These can also be found at [www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/current-vis.html](http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/current-vis.html). I have had an opportunity to ask questions about the vaccines. I understand the risks and benefits of the vaccines. I understand that the vaccines will be given as a shot. I have read and answered the questions above carefully and accurately, and I understand that incorrect information could cause serious risks to my child. In case of occupational exposure, I consent to my child's blood testing if necessary for child and employee safety. I understand that immunization information about my child will be reported to SC Immunization Registry for public health purposes. I hereby RELEASE AND HOLD HARMLESS CCSD, its employees, trustees, and/or agents ("Releasees") from any and all liability, claims, demands and causes of action of whatever kind or nature, either in law or equity, which may arise as a result of receiving the requested vaccines, including claims of bodily and/or mental injury, illness, or death, whether caused by the negligence of Releasees or otherwise.

I further consent to CCSD releasing and exchanging information about the service provided along with my child's name, date of birth, Medicaid or health insurance number, gender, as well as and my contact information to the Medicaid Agency (Department of Health and Human Services); and for CCSD to bill and receive payment for the services described herein from the Medicaid Agency. I understand that Medicaid reimbursement for Non-IEP nursing services provided by CCSD will not affect any other Medicaid services for which my child is eligible. CCSD will operate under the guidelines of the Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA) and the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) to ensure confidentiality regarding my child's treatment and provision of Non-IEP nursing services.

I have read the above Consent, Authorization and Release and understand its provisions and applicability and have been given the option and recommendation of consulting with my own personal physician. I understand that participating in the vaccination program is totally voluntary and that my child is not required to participate. I have the legal authority, based on my relationship to the individual indicated above, to consent to this vaccine administration.

SIGNATURE OF PARENT OR LEGAL GUARDIAN

DATE



# VACCINE ADMINISTRATION DOCUMENTATION

(CLINIC USE ONLY)

## VACCINE HISTORY

Documentation	Nurse's Initials	Comments
No Contraindications or Precautions		
No Allergies		
Previous Doses (if applicable)		
Not pregnant (if female)		

## VACCINE ELIGIBILITY

Eligibility Code	Eligibility Category	Eligibility Check	Comments
1	Pediatric VFC> Medicaid		
2	Pediatric VFC>AA/AN		
3	Pediatric VFC> No Health Insurance		
4	Pediatric State > Underinsured/Hardship		
5			

## DOCUMENTATION

Vaccine Name	Dosage	Dose #	Site	Route	Manufacturer	Lot #	VIS	Elig
Tdap	0.5ml			IM	Sanofi		08/06/2021	
Varicella	0.5 ml			SQ	Merck		08/06/2021	
MMR	0.5 ml			SQ	Merck		08/06/2021	
Hepatitis B	0.5ml			IM	GSK		10/15/2021	
Meningococcal-Menactra	0.5 ml			IM	Sanofi		08/06/2021	
HPV-9	0.5ml			IM	Merck		08/06/2021	
Hepatitis A	0.5 ml			IM	GSK		10/15/2021	
Influenza (IIV4)	0.5 ml			IM	GSK		08/06/2021	
Influenza (LAIV4)	0.5 ml			Nasal	MI		08/06/2021	
IPV					Sanofi		08/06/2021	
DTaP				IM	GSK		08/06/2021	
Pediarix				IM	GSK		08/06/2021	
Kinrix				IM	GSK		08/06/2021	
MMRV				SQ	Merck		08/06/2021	

SIGNATURE/TITLE PERSON ADMINISTERING VACCINE	DATE
CLINIC SITE	IIS ENTRY COMPLETE <input type="checkbox"/>

## Frequently Asked Questions about Immunization Records

- Does my child need a current immunization record to attend school?
  - Yes, all students must have a SC Immunization record to meet the state law requirements. They must meet **one** of the criteria below.
    - Current SC immunization record
    - Religious exemptions are acceptable if notarized and obtained through SC DHEC.(This form **MUST** be picked up in person)  
Call 855-472-3432 to schedule an appointment.
    - Medical exemptions are acceptable if obtained and signed by a doctor with expiration date at top.
  
- I have an immunization record from another state or in a different language. Will you accept that?
  - Yes, school nurses are trained to transcribe immunization records from other states onto a SC record. Please note that immunization requirements are different from state to state.
  - If the immunization record is in a different language, we will work with CCSD or SC DHEC to translate onto a SC immunization record.
  
- What can I do if my child needs vaccinations but I cannot afford them?
  - Fetter Healthcare is a federally funded healthcare network that can vaccinate your child regardless of financial status. To make an appointment call 843-722-4112.
  - Let your school nurse know and complete a CCSD Vaccination Consent Form. The nursing team is able to schedule vaccinations at no cost to be given at school in early fall.

For more information email  
[Immunizations@charleston.k12.sc.us](mailto:Immunizations@charleston.k12.sc.us)

Or Text  
843-754-9179



## Preguntas Frecuentes Acerca del Registro de Inmunización

- ¿Acaso mi niño requiere un registro actualizado de inmunización para asistir a la escuela?
  - Sí, todo alumno debe tener un registro de inmunización de SC para cumplir con los requisitos de la ley estatal. Deben cumplir con uno de los requisitos de abajo.
    - Registro actualizado de inmunización de SC
    - Exenciones religiosas son aceptadas si están notariadas y obtenidas por medio de SC DHEC. (Este formulario **DEBE** ser recogido en persona) Llame al 855-472-3432 para programar una cita.
    - Exenciones médicas son aceptadas si obtenidas y firmadas por un doctor, con la fecha de expiración en la parte superior del formulario.
  
- Tengo un registro de inmunización de otro estado o en un lenguaje distinto. ¿Lo acepta?
  - Sí, las enfermeras escolares están entrenadas para transcribir registros de inmunización de otros estados a registros de SC. Tenga en cuenta que los requisitos de inmunización son diferentes de un estado al otro.
  - Si el registro de inmunización está en un lenguaje diferente, trabajaremos con CCSD o el SC DHEC para traducirlo a un registro de inmunización de SC.
  
- ¿Qué puedo hacer si mi niño requiere vacunas, pero no puedo pagarlas?
  - Fetter Healthcare es una red de atención médica financiada con fondos federales que puede vacunar a su niño sin importar su estado de finanzas. Para programar una cita llame al 843-722-4112.
  - Hágale saber a su enfermera escolar y complete un Formulario de Consentimiento de Vacunación de CCSD. El equipo de enfermería puede programar vacunaciones libres de costo a ser puestas en la escuela en el otoño.

**Para más información envíe email a**  
**[Immunizations@charleston.k12.sc.us](mailto:Immunizations@charleston.k12.sc.us)**

**O Texto a**  
**843-754-9179**

# School Nurse Health Information (Emergency Card)

**\*\*MUST BE COMPLETED FOR STUDENT TO ATTEND FIELD TRIPS\*\***

Student: \_\_\_\_\_  Male  Female  
(Last Name) (First Name) (Date of Birth) (Grade/Section)

## EMERGENCY CONTACT INFORMATION

### Parent/Guardian

Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_ Work Phone \_\_\_\_\_ Home Phone \_\_\_\_\_ Cell Phone \_\_\_\_\_  
 Street Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
 Email Address \_\_\_\_\_ Occupation \_\_\_\_\_

### Parent/Guardian (if different from above)

Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_ Work Phone \_\_\_\_\_ Home Phone \_\_\_\_\_ Cell Phone \_\_\_\_\_  
 Street Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
 Email Address \_\_\_\_\_ Occupation \_\_\_\_\_

Please list below three people who have your permission to pick your child up from school and make decisions concerning your child in the event that you cannot be reached.

Name of Person	Relationship	Telephone
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

Every school has a nurse assigned to them and first responders trained in CPR and First Aid. The nurse may not be on the school campus at all times. In the event of an emergency, the school staff will contact 911 and follow their instructions. Every attempt will be made to contact a parent, guardian, or a designated emergency contact.

Hospital Choice \_\_\_\_\_ Doctor's Name \_\_\_\_\_ Doctor's Phone \_\_\_\_\_

Insurance/Medicaid # 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

I consent for a Charleston County School District (CCSD) nurse to provide routine and emergency medications following CCSD policy, accident and injury care (Non-IEP nursing services) for my child, release and exchange information about the service provided along with my child's name, date of birth, Medicaid or health insurance number, gender, and my contact information to the Medicaid Agency (Department of Health and Human Services), to bill and receive payment for the nursing services from the Medicaid Agency. I understand that Medicaid reimbursement for Non-IEP nursing services provided by CCSD will not affect any other Medicaid services for which my child is eligible. CCSD will continue to provide Non-IEP nursing services for my child at no cost to me even if I refuse to allow billing for services. Granting consent is voluntary and may be revoked at any time. Revocation is not retroactive. The District will operate under the guidelines of the Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA) to ensure confidentiality regarding my child's treatment and provision of Non-IEP nursing services.

Parent/Guardian/Student (if 18) Print name \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## School Nurse Health Information (Emergency Card)

Student: \_\_\_\_\_  Male  Female  
(Last Name) (First Name) (Date of Birth) (Grade/Section)

**Medication/Medical Procedures:** (CCSD policy JLCD-Assisting Students with Medications) Any prescription medication or medical procedure (blood sugar check, tube feeding) to be administered at school or school related activities must be accompanied by written orders from a health care practitioner. Limited over-the-counter medications may be administered by the school RN or LPN with parent consent. Complete consent below. All information below is confidential for the school nurse and may be shared on need to know basis for student safety.

**Screenings:** CCSD school nurses conduct vision, hearing, blood pressure, BMI and dental screenings, as time permits, based on DHEC recommendations. Contact your school nurse if you do not want your child to participate. Head Start and Early Head Start follow program requirements for vision, blood pressure, BMI, dental, lead and developmental screenings.

<b>(OTC) Over the Counter Medication</b>	Check or Initial Each	I consent for the Charleston County School District RN or LPN to administer the OTC medication as indicated below. Medication will be administered following the policy JLCD. _____ Ibuprofen _____ Acetaminophen _____ Tums _____ Cough Drops _____ Antibiotic Ointment _____ Hydrocortisone Cream _____ Anti-fungal Cream
<b>Consent</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	I consent for the school nurse to exchange information with my child's health care provider in order to meet the health care needs of my child.

### Health History

<b>ADD/ADHD</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Takes Medication at Home <input type="checkbox"/> Needs Medication at School: _____ ADD/ADHD Doctor's Name: _____
<b>Allergy</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Environmental/Seasonal <input type="checkbox"/> Takes Medication at Home <input type="checkbox"/> Needs Medication at School: _____
<b>Severe Allergy</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Severe (Life threatening) to: * _____ * <input type="checkbox"/> Emergency Medication (EpiPen/Auvi-Q) <input type="checkbox"/> Does Not Have Epinephrine at School Last Date EpiPen Used ____/____/____ Allergy Doctor's Name: _____
<b>Asthma</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Daily Maintenance Medication <input type="checkbox"/> Rescue Inhaler <input type="checkbox"/> Rescue Nebulizer <input type="checkbox"/> Does Not Use/Have an Inhaler Asthma Doctor's Name: _____
<b>Cardiac (Heart)</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Takes Medication at Home <input type="checkbox"/> Needs Medication at School: _____ Heart Doctor's Name: _____
<b>Diabetes</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Type 1 <input type="checkbox"/> Type 2 <input type="checkbox"/> Blood Glucose Checks <input type="checkbox"/> Oral Medication <input type="checkbox"/> Carb Counting <input type="checkbox"/> Takes Insulin <input type="checkbox"/> Shots <input type="checkbox"/> Pump <input type="checkbox"/> Glucagon Diabetes Doctor's Name: _____
<b>Epilepsy (Seizures)</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Daily Medication <input type="checkbox"/> Diastat <input type="checkbox"/> Other Needs/Treatment <input type="checkbox"/> Date of Last Seizure ____/____/____ Seizure Doctor's Name: _____
<b>Sickle Cell Anemia</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Trait <input type="checkbox"/> Disease <input type="checkbox"/> Takes Medication at Home <input type="checkbox"/> Needs Medication at School _____ Last Hospitalization ____/____/____ Sickle Cell Doctor's Name: _____
<b>Movement Consideration</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Type/Body Parts involved _____ <input type="checkbox"/> Assistive Device Required Services provided per IEP: _____ Orthopedist: _____ OT/PT: _____
<b>Mental Health Consideration</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Type: _____ <input type="checkbox"/> Takes Medication at Home <input type="checkbox"/> Needs Medication at School Mental Health Provider's Name: _____
<b>Hearing Consideration</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Hearing Aids <input type="checkbox"/> Cochlear Implant <input type="checkbox"/> Other
<b>Vision Consideration</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Glasses (reading) <input type="checkbox"/> Glasses (distance) <input type="checkbox"/> Contacts <input type="checkbox"/> Other
<b>Communication Consideration</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Minimally verbal <input type="checkbox"/> Non-verbal <input type="checkbox"/> Mutism selective/elective/total Augmentative and Alternative Communication Type: _____
<b>Intellectual and Developmental Disability</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Intellectual Disability <input type="checkbox"/> Autism <input type="checkbox"/> Autism Spectrum Disorders <input type="checkbox"/> Other I/DD Diagnosis _____
<b>Feeding Consideration</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Swallowing <input type="checkbox"/> G-Tube Feeding at School Date of last swallow study _____ Please provide documentation to the school nurse.
<b>Elimination Consideration</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Diapering <input type="checkbox"/> Catheterization at School <input type="checkbox"/> Encopresis
<b>Other</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Describe: _____

\*Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



# Información de Salud de la Enfermera de la Escuela (Tarjeta de Emergencia)

**\*\*DEBE SER COMPLETADO POR EL ESTUDIANTE PARA ASISTIR A LAS EXCURSIONES ESCOLARES\*\***

Estudiante _____ (Apellido)	_____ (Nombre)	_____ (Fecha de nacimiento)	_____ Grado/Sección)	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
--------------------------------	----------------	-----------------------------	----------------------	--

## INFORMACIÓN DEL CONTACTO DE EMERGENCIA

### Padre/Tutor

Nombre _____	Parentesco _____	Teléfono de trabajo _____	Teléfono particular _____	Teléfono celular _____
Dirección _____		Ciudad _____	Código postal _____	
Correo electrónico _____		Ocupación _____		

### Padre/Tutor (si es diferente del anterior)

Nombre _____	Parentesco _____	Teléfono de trabajo _____	Teléfono particular _____	Teléfono celular _____
Dirección _____		Ciudad _____	Código postal _____	
Correo electrónico _____		Ocupación _____		

A continuación, enumere tres personas que tengan permiso de recoger a su hijo/a de la escuela y de tomar decisiones sobre su hijo/a en caso de que usted no se encuentre.

Nombre	Parentesco	Teléfono
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

¿En qué lengua desea recibir comunicados de la escuela? \_\_\_\_\_

Cada escuela tiene una enfermera asignada y personal de servicios de emergencia capacitado en RCP y primeros auxilios. Puede que la enfermera no esté en el campus de la escuela todo el tiempo. En caso de emergencia, el personal de la escuela se comunicará al 911 y seguirá sus instrucciones. Se harán todos los intentos posibles para comunicarse con el padre, tutor o contacto de emergencia designado.

Hospital elegido \_\_\_\_\_ Nombre del médico \_\_\_\_\_ Teléfono del médico \_\_\_\_\_

Seguro de salud/Medicaid # 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Autorizo a una enfermera del Distrito Escolar del Condado de Charleston (CCSD) a proporcionar medicamentos de rutina y de emergencia siguiendo la política del CCSD, cuidado de accidentes y lesiones (servicios de enfermería que no son de IEP) a mi hijo/a, dar a conocer e intercambiar información sobre el servicio provisto junto con el nombre de mi hijo/a, la fecha de nacimiento, el número de seguro de Medicaid o de seguro de salud, el sexo, y mi información de contacto a la Agencia de Medicaid (Departamento de Salud y Servicios Humanos), para que facturen y reciban el pago por los servicios de enfermería de la Agencia de Medicaid. Entiendo que el reembolso de Medicaid por servicios de enfermería que no son de IEP proporcionados por el CCSD no afectará ningún otro servicio de Medicaid para el cual mi hijo/a sea elegible. El CCSD seguirá proporcionando servicios de enfermería que no son de IEP para mi hijo/a sin costo alguno incluso si me niego a permitir que se facturen los servicios. La autorización es voluntaria y puede ser anulada en cualquier momento. La anulación no es retroactiva. El Distrito operará según los lineamientos de la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA) para asegurar confidencialidad con respecto al tratamiento de mi hijo/a y la prestación de servicios de enfermería que no son de IEP.

Padre/Tutor/Estudiante (si tiene 18 años) Nombre en imprenta \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# Información de Salud de la Enfermera de la Escuela (Tarjeta de Emergencia)

Estudiante (Apellido)	(Nombre)	(Fecha de nacimiento)	Grado/Sección	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
--------------------------	----------	-----------------------	---------------	--

**Medicamentos/Procedimientos médicos:** (Política de JLCD de CCSD-Asistir a estudiantes con medicamentos) Cualquier medicamento recetado o procedimiento médico (revisión de azúcar en la sangre, alimentación por sonda) que se administre en la escuela o en actividades relacionadas con la escuela debe estar acompañado de órdenes escritas por un profesional de la salud. Los medicamentos de venta libre restringidos deben ser administrados por la enfermera certificada (RN) de la escuela o la enfermera con práctica médica profesional (LPN) con la autorización de los padres. Complete la siguiente autorización. La siguiente información es confidencial para la enfermera de la escuela y puede ser compartida cuando sea necesario para la seguridad del estudiante.

**Exámenes:** Las enfermeras de la escuela del CCSD realizan exámenes de visión, audición, presión sanguínea, IMC y dentales, si se dispone de tiempo, basado en las recomendaciones del DHEC. Comuníquese con la enfermera de su escuela, si no quiere que su hijo participe. Head Start y Early Start siguen requisitos del programa para los exámenes de visión, presión sanguínea, MIC, dentales, análisis de detección de plomo y de desarrollo.

<b>(OTC) Medicamentos de venta libre</b>	Tilde o escriba la inicial	Autorizo a la RN o la LPN del Distrito Escolar del Condado de Charleston a administrar el medicamento de venta libre como se indica a continuación. La medicación será administrada siguiendo la política de JLCD. _____ Ibuprofeno _____ Paracetamol _____ Tums (antiácido) _____ Pomada Antibiótica _____ Hidrocortisona en crema _____ Crema antihongos
<b>Autorizo</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Autorizo a la enfermera de la escuela a intercambiar información con el proveedor de atención médica de mi hijo con el fin de satisfacer las necesidades de atención médica de mi hijo/a.

## Historia clínica

<b>TDA/TDAH</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Toma medicación en la casa <input type="checkbox"/> Necesita medicación en la escuela: _____ Nombre del médico especialista en TDA/TDAH: _____
<b>Alergia</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ambiental/estacional <input type="checkbox"/> Toma medicación en la casa <input type="checkbox"/> Necesita medicación en la escuela: _____
<b>Alergia grave</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Grave (peligro de muerte) a: * _____ * <input type="checkbox"/> Medicación de emergencia (EpiPen/Auvi-Q) <input type="checkbox"/> No tiene Epinefrina en la escuela. Fecha de la última vez que utilizó EpiPen ___/___/___ Nombre del médico especialista en alergias: _____
<b>Asma</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Medicación de mantenimiento diario <input type="checkbox"/> Inhalador de rescate <input type="checkbox"/> Nebulizador de rescate <input type="checkbox"/> No utiliza/tiene un inhalador para el asma Nombre del médico especialista en asma: _____
<b>Problemas cardíacos (corazón)</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Toma medicación en la casa <input type="checkbox"/> Necesita medicación en la escuela: _____ Nombre del médico especialista del corazón: _____
<b>Diabetes</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2 <input type="checkbox"/> Exámenes de glucosa en sangre <input type="checkbox"/> Medicación oral <input type="checkbox"/> Conteo de carbohidratos <input type="checkbox"/> Toma insulina <input type="checkbox"/> Dosis <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> Glucagón Nombre del médico especialista en diabetes: _____
<b>Epilepsia (convulsiones)</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Medicación diaria <input type="checkbox"/> Diastat (diazepam) <input type="checkbox"/> Otras necesidades/tratamiento <input type="checkbox"/> Fecha de la última convulsión ___/___/___ Nombre del médico especialista en convulsiones: _____
<b>Anemia falciforme</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Tratamiento <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Toma medicación en casa <input type="checkbox"/> Necesita medicación en la escuela _____ Última hospitalización ___/___/___ Nombre del médico especialista en anemia falciforme: _____
<b>Limitación física</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Limitación <input type="checkbox"/> Dispositivo de ayuda requerido <input type="checkbox"/> Toma medicación en la casa <input type="checkbox"/> Necesita medicación en la escuela Nombre del médico especialista en discapacidad: _____
<b>Trastorno de salud mental</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Toma medicación en la casa <input type="checkbox"/> Necesita medicación en la escuela Nombre del profesional de la salud mental: _____
<b>Trastorno auditivo</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Prótesis auditivas <input type="checkbox"/> Implante coclear <input type="checkbox"/> Otro
<b>Trastorno visual</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Lentes (de lectura) <input type="checkbox"/> Lentes (para ver a la distancia) <input type="checkbox"/> Lentes de contacto <input type="checkbox"/> Otro
<b>Trastorno alimenticio</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Tragar <input type="checkbox"/> Alimentación por sonda en la escuela
<b>Trastorno de evacuación</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Uso de pañales <input type="checkbox"/> Cateterismo en la escuela <input type="checkbox"/> Encopresis
<b>Otro</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Describe: _____

\*Firma del padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_