

Escuelas Públicas de Westborough
INFORMACIÓN DE SALUD DEL ESTUDIANTE
Grados 4 - 12

Visión las evaluaciones se realizan en grados 4, 5, 7 y 10. Los exámenes posturales se realizan en grados. 5-9. Los exámenes SBIRT se realizan en los grados 7 y 9. Los exámenes de audición se realizan en los grados 7 y 10. Los exámenes de altura y peso se realizan en los grados 4, 7 y 10. Notifique a la enfermera de la escuela si no desea que su hijo participe en cualquiera de estos exámenes obligatorios.

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Grado _____

DIRECCIÓN _____ Teléfono de casa _____

Padre/Tutor _____

Puede despedir al estudiante: ☐ Si ☐ NO

Empleador _____

Teléfono del trabajo _____

Teléfono celular _____

Padre/Tutor _____

Puede despedir al estudiante: ☐ Y ☐ norte

Empleador _____

Teléfono del trabajo _____

Teléfono celular _____

El niño vive con _____ Idioma hablado en casa _____

Hermanos/edades _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA (Adultos locales que cuidarán a su hijo si no es posible localizarlo)

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA

Médico/NP/PA _____ Teléfono _____

Dentista _____ Teléfono _____

Compañía de seguro médico _____ Póliza # _____

Si no tiene seguro médico, comuníquese con la enfermera de la escuela para obtener información sobre los programas de Massachusetts.

SALUD MÉDICA/MENTAL PREOCUPACIONES: (como asma, diabetes, enfermedades cardíacas, convulsiones, migrañas, ansiedad, depresión, TDAH, etc. Por favor adjunte páginas adicionales si es necesario)

ALERGIAS: ☐ Alimento ☐ insectos ☐ Medicamento ☐ Ambiental ☐ Otro _____

Por favor especifique los detalles de la alergia, tratamiento, y si el estudiante tiene un EpiPen:

Si su hijo requiere medicamentos o algún tratamiento especial mientras está en la escuela, comuníquese con la enfermera de la escuela. Se requiere una orden firmada de un médico autorizado y el permiso de los padres para el tratamiento o los medicamentos administrados en la escuela (excepto lo que se indica a continuación).

- Doy permiso para que la enfermera proporcione tratamientos menores de primeros auxilios que pueden incluir la aplicación de antibióticos, ungüentos o productos para el cuidado de la piel, como un limpiador suave, loción para manos o loción con Caladryl, aloe o lidocaína.
- Doy permiso para que la enfermera comparta información relevante con el personal escolar apropiado para cumplir con los requisitos de salud y necesidades de seguridad de mi hijo.
- En caso de accidente o enfermedad grave, solicito que la enfermera de la escuela se comuniqué conmigo. Si no puede comunicarse conmigo o con uno de mis personas designadas, Autorizo a la escuela a comunicarse con el proveedor médico de mi hijo. Si es necesario, la escuela llamará al 911 y enviará llevar a mi hijo con un adulto desde la escuela al hospital para recibir tratamiento de emergencia. La escuela no tiene ninguna responsabilidad por los gastos médicos.

Firma del padre/tutor _____ **Fecha** _____

MEDICAMENTOS QUE TOMA SU HIJO (incluidos los tomados en casa)

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES para MEDICAMENTOS SIN RECETA (durante el horario escolar)

Doy permiso para que la enfermera de la escuela proporcione y administre los siguientes medicamentos de venta libre a mi hijo, según sea necesario, según la evaluación de enfermería:

Acetaminofén (Tylenol): Para molestias musculares leves a moderadas, calambres menstruales, dolor de muelas, dolor de cabeza, fiebre leve. (Nota: Cualquier estudiante con una temperatura superior a 100 °F debe ser recogido por un padre o contacto de emergencia). Dosis máxima: 650 mg.

☐ Sí ☐ No

Ibuprofeno (Advil, Motrin, Nuprin): Para molestias musculares leves a moderadas, calambres menstruales, dolor de muelas, dolor de cabeza, fiebre leve. (Nota: Cualquier estudiante con una temperatura mayor a 100.0 °F debe ser recogido por uno de los padres o contacto de emergencia). Dosis máxima: 400 mg.

☐ Sí ☐ No

Tums (carbonato de calcio): Para indigestión, malestar estomacal. Dosis máxima: 1-2 pastillas de concentración regular.

☐ Sí ☐ No

Pastillas para la garganta: Para dolor de garganta, tos. Dosis máxima: 1-2 por día.

☐ Sí ☐ No

Firma del padre/tutor _____ **Fecha** _____

Consulte el sitio web de las escuelas de Westborough, westboroughk12.org, para obtener información sobre los servicios de salud proporcionados en la escuela de su hijo. También encontrará información relacionada con temas de salud de los adolescentes.