



# Glencoe-Silver Lake Public Schools

Independent School District #2859

*Proudly serving the communities of Biscay, Brownton, Glencoe, New Auburn, Plato, and Silver Lake*

GSL School District Health Services

## Encuesta Anual de Información de Emergencia del Estudiante del GSL

*\*Por favor, devuélvala a la oficina de salud de su hijo/a tan pronto que sea posible.*

**Estudiante** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacer** \_\_\_\_\_ **Grado** \_\_\_\_\_  
**DOCTOR PRIMERO** \_\_\_\_\_ **CLINICA** \_\_\_\_\_ **TELEFONO** \_\_\_\_\_

Contactos de Emergencia (incluya padres/tutores)

POR FAVOR asegúrese que el perfil del Campus Infinito de su hijo tenga información precisa sobre los nombres y el número de contactos de emergencia. La información en el Campus Infinito es lo que usaremos en caso de emergencia.

**Sección 1: No hay problemas de salud** \_\_\_\_\_

**Sección 2: Preocupaciones de salud serias – ponga una palomita donde se aplica**

- \_\_\_ Asma
- \_\_\_ Diabetes
- \_\_\_ Alergia Severa → Alergia a \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Convulsiones → Tipo de Convulsión \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Otro → Explique \_\_\_\_\_

**Sección 3: Medicaciones – ponga una palomita a todas que aplican**

- \_\_\_ Insulina/glucagón → \_\_\_ Estudiante lleva \_\_\_ Está en oficina de salud de escuela \_\_\_ no necesitada a la escuela
- \_\_\_ Bomba Insulina → \_\_\_ Estudiante lleva \_\_\_ Está en oficina de salud de escuela \_\_\_ no necesitada a la escuela
- \_\_\_ Inhalador → \_\_\_ Estudiante lleva \_\_\_ Está en oficina de salud de escuela \_\_\_ no necesitado a la escuela
- \_\_\_ Epi-Pen → \_\_\_ Estudiante lleva \_\_\_ Está en oficina de salud de escuela \_\_\_ no necesitada a la escuela
- \_\_\_ Diastat → \_\_\_ Estudiante lleva \_\_\_ Está en oficina de salud de escuela \_\_\_ no necesitada a la escuela
- \_\_\_ Medicación \_\_\_\_\_ Droga \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Tiempo \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Medicación ha sido provista a la escuela \_\_\_ Medicación no es necesitada a la escuela

*\*Un formulario de la administración de la medicación, con el orden del Doctor, debe ser rellenado cada año para que la oficina de salud administre cualquier medicamento a su hijo/a.*

**Sección 4: Permiso para compartir esta información**

Entiendo al firmar abajo que doy mi permiso a la LSN o a la asistente de salud en el edificio donde mi estudiante asiste para que contacte al Doctor acerca de este plan. La enfermera también, proveerá al personal apropiado de la escuela una copia de este plan si es necesario para la seguridad de mi hijo/a o su bien estar. También, yo pondré al día este plan para el distrito escolar si hay cambios al plan o a la información de contacto.

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