

## SUMNER COUNTY SCHOOLS FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE SALUD DEL ESTUDIANTE

**Año escolar 2025-26**

Estimados padres/tutores: Complete la siguiente información, **DELANTE Y DEL REVERSO**, y devuélvala lo antes posible. Esta información solo se compartirá con el personal escolar necesario para mantener y promover la salud/bienestar del estudiante.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Género: Macho/Femenino Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre de Familia / Guardian: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Celúla: \_\_\_\_\_ Trabajar: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado en la Escuela: \_\_\_\_\_ Escuela a la que asistió el año pasado.: \_\_\_\_\_

La estudiante es una: Jinete de autobús \_\_\_\_\_(Número de autobús -AM \_\_\_PM\_\_\_)jinete del coche Caminante \_\_\_Otra \_\_\_

Los padres/tutores son responsables de proporcionar TODOS los medicamentos, incluidos los de venta libre (OTC), a sus hijos. Todos los medicamentos deben ser entregados a la escuela en persona por el padre, tutor o el adulto designado por el padre/tutor.

**Marque y explique en el espacio a continuación si su estudiante, ACTUALMENTE o SÓLO EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS, ha tenido alguna de las siguientes condiciones**

Enfermedad/condición	Sí	No	Por favor explique/elabore aquí:
Diabetes			En caso afirmativo, ¿tipo I o tipo II? (por favor circule) ¿Algún medicamento?
Problemas del corazón			
Problemas renales o urinarios importantes			
Asma ( <b>en los últimos 2 años</b> )			¿Se utiliza un inhalador de rescate? S/N ¿Otros medicamentos?
Preocupaciones psicológicas			En caso afirmativo, indique los medicamentos actuales:
Problemas estomacales/intestinales			
Usa anteojos/lentes de contacto			
Condición de audición/visión			En caso afirmativo, explíquelo porfavor:
Trastorno convulsivo			Tipo: _____ Fecha de la última incautación: _____ Medicamentos: _____
			Medicamentos de rescate prescritos S / N ¿Alguna vez se ha dado? S / N Última fecha given: _____
<b>Alergias potencialmente mortales</b>			¿A qué?
			¿Se prescribe epinefrina?? S / N ¿Se ha usado alguna vez?? S / N Fecha de último uso: _____
Enumere todas las demás alergias conocidas (es decir, medicamentos, alimentos, nueces, picaduras de abeja, etc.):			
Otras preocupaciones de salud importantes:			

¿Tu estudiante tiene un 504 o IEP? \_\_\_\_\_

¿Su estudiante toma medicamentos regularmente, no mencionados anteriormente? S / N If Si, qué? \_\_\_\_\_

Médico de cabecera del estudiante: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

especialista en estudiantes (si es aplicable): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Por favor, complete el dorso del formulario**

## SUMNER COUNTY SCHOOLS PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Protocolo de acuerdo con las Directrices TN para la atención de la salud en el ámbito escolar, T.C.A. § 49-50-1602, T.C.A. § 49-50-1603

**NUNCA ENVÍE MEDICAMENTOS DE NINGÚN TIPO A LA ESCUELA CON SU HIJO.** Solo se administrarán los medicamentos necesarios para mantener la asistencia del estudiante. Todos los estudiantes deben tener formularios de prescripción y de venta libre completados antes de que la escuela pueda administrarle medicamentos. Los medicamentos de venta libre o sin receta se administrarán según las instrucciones del paquete únicamente, a menos que vayan acompañados de una orden médica con instrucciones alternativas. Todos los medicamentos recetados requieren la firma del médico y de los padres. La etiqueta de la farmacia DEBE coincidir con la orden escrita del médico. Los medicamentos sin receta requieren únicamente la firma de los padres y deben enviarse en un frasco sellado y sin abrir. **No se aceptarán bolsas Ziploc, botellas sin etiqueta ni medicamentos vencidos.** \* **Tenga en cuenta: no se administrarán en la escuela medicinas y/o tratamientos alternativos como suplementos a base de hierbas, medicamentos homeopáticos, vitaminas, suplementos nutricionales, aceites esenciales y cualquier otro producto que no esté regulado por la FDA. Las acciones y los posibles efectos secundarios de estos productos no están disponibles para los proveedores de atención médica y no serán proporcionados por el personal de la escuela.\***

- Los medicamentos matutinos y “una vez al día” deben administrarse en casa. Esto incluye medicamentos de venta libre como Advil y Tylenol.
- No se administrarán narcóticos de forma rutinaria durante el horario escolar.
- Se debe completar un nuevo formulario de medicamento cada año escolar. Esto incluye órdenes de insulina y medicamentos de emergencia.
- Las pautas de medicación para las escuelas del condado de Sumner no permiten que se administre aspirina o productos que contengan aspirina sin una orden médica (BC Powder, Pamprin, Excedrin Migraine, Bayer Aspirin, Midol, Goody's Powder, Pepto-Bismol, etc.). Si no está seguro de si un producto contiene aspirina, consulte la lista de ingredientes activos para ver si contiene “salicilato” o “ácido salicílico” o consulte a su farmacéutico. Si estos productos deben administrarse durante el horario escolar, se requerirá orden médica.
- Cualquier cambio en la medicación debe ir acompañado de un nuevo formulario, con los cambios anotados y firmado por el médico. Esto incluye suspender un medicamento diario. • Todos los medicamentos no utilizados solo se devolverán al padre/tutor/adulto designado por los padres. Si el medicamento no se recoge dentro de las dos semanas posteriores a la solicitud, o si se suspende el medicamento, se descartará. No se almacenarán medicamentos durante el verano; Los medicamentos que se dejen al final del año escolar se desecharán después de la salida del último día completo de instrucción.
- Ningún estudiante debe transportar ni poseer medicamentos en la propiedad escolar, aparte de los medicamentos permitidos por la ley estatal y la orden médica (es decir, EpiPen, inhalador de rescate, glucagón, enzimas para la fibrosis quística).
- Al mudarse de otro estado, los padres tendrán 30 días para convertir las órdenes existentes a un médico de Tennessee (también se aceptará prueba de cita para especialistas y otros que puedan ser más difíciles de programar).

He leído y entiendo la información anterior y soy consciente de que mi estudiante no recibirá medicamentos en la escuela a menos que mi persona designada o yo los traiga. Entiendo que se me notificará para que vaya a la escuela a firmar por cualquier medicamento que no se traiga. en correctamente.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre / Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**PADRE/TUTOR POR FAVOR COMPLETE AMBOS LADOS DE ESTE FORMULARIO**

Notas de enfermera/personal únicamente: \_\_\_\_\_