

ESCUELAS DEL CONDADO DE ONSLOW

SERVICIOS DE SALUD

Para: Todos los padres/ Tutores

De: La enfermera de la escuela

Las escuelas del condado de Onslow están comprometidas con la salud y el bienestar. OCS emplea enfermeras registradas y enfermeras prácticas con licencia proporcionar y supervisar los servicios de salud a los estudiantes durante el día escolar.

Comuníquese con la enfermera de la escuela de su hijo para obtener ayuda manejo de condiciones de salud crónicas o recién diagnosticadas, medicamentos en la escuela, tratamientos o procedimientos en la escuela, planificación de la atención para condiciones de salud y asistencia con referencias o recursos de atención médica.

Tenga en cuenta los siguientes procedimientos de salud escolar mientras trabajamos juntos para garantizar un entorno saludable y Seguro para todos nuestros estudiantes:

1. Los medicamentos (recetados y de venta libre) no están permitidos en la escuela a menos que tanto el padre como el médico hayan completado un formulario de "Permiso de medicamentos recetados para ser administrados durante el horario escolar". La forma y el medicamento deben ser traídos a la escuela por un adulto, los estudiantes no pueden transportar medicamentos.
2. Periódicamente se realizan exámenes de audición, dentales y de visión en la escuela. Si hay alguna inquietud, se le notificará.
3. Los controles de la cabeza se llevarán a cabo en la escuela. Si un estudiante es enviado a casa con los piojos, no puede regresar a la escuela o viajar en el autobús hasta que se los vuelva a registrar en la oficina de la escuela.
4. De acuerdo con la Política de la Junta de Escuelas del Condado de Onslow (4230.5) Los estudiantes con fiebre de 100* o más, con vómitos o con diarrea serán enviados a casa y no podrán regresar hasta que estén libres de síntomas durante 24 horas (sin medicación) antes ellos pueden regresar a la escuela.
5. Si su hijo tiene una erupción sospechosa, debe ser revisado por su médico de familia antes de ir a la escuela o viajar en el autobús.
6. Es esencial que la enfermera y la escuela tengan números de teléfono de emergencia actualizados para garantizar que se notifique a los padres/ tutores en caso de que un estudiante se enferme o lesione. Por favor, actualice la oficina de la escuela cuando estos números cambien.

Comuníquese con la enfermera de la escuela de su hijo si tiene alguna pregunta o inquietud. ¡El Equipo de Servicios de Salud Escolar espera un año escolar fabuloso!

Gracias por su cooperación!

FORMULARIO DE INFORMACION DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Nombre del Estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

Escuela _____ Grado _____ Maestro _____

Contacto de Emergencia: Proporcione la siguiente informacion sobre las personas a quienes la escuela puede llamar si su hijo esta enfermo o lesionado en la escuela. Las personas y los numeros de telefono adicionales se pueden incluir en una pagina seperada (incluya el nombre del nino). Si la informacion cambia, por favor informe a la oficina de la escuela para actualizar la Power School

Padres/ Tutor _____ Telefono durante el dia _____

Padres/ Tutor _____ Telefono durante el dia _____

Contacto de emergencia _____ Telefono durante el dia _____

Contacto de emergencia _____ Telefono durante el dia _____

Mi hijo no tiene condiciones de salud conocidas

Por favor marque cualquier condicion enlistada abajo que afecte a su hijo:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD (ver abajo)
<input type="checkbox"/> Alergia, Estacional
<input type="checkbox"/> Alergia, Severa (Ver abajo)
<input type="checkbox"/> Asma (ver abajo)
<input type="checkbox"/> Autismo
<input type="checkbox"/> Cancer/ Leucemia
(Fecha de diagnostico: _____)
<input type="checkbox"/> Paralisis Cerebral
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn/ IBS
<input type="checkbox"/> Fibrosis Quistica | <input type="checkbox"/> Diabetes (ver abajo)
<input type="checkbox"/> Sindrome de Down
<input type="checkbox"/> Epilepsia/ Convulsiones (ver abajo)
<input type="checkbox"/> Problemas de alimentacion/ delgucion
<input type="checkbox"/> Problema de la vista
<input type="checkbox"/> Problema de la audicion
<input type="checkbox"/> Lesion en la Cabeza/ Commocion cerebral
(Fecha: _____)
<input type="checkbox"/> Enfermedades del corazon
(Tipo: _____) | <input type="checkbox"/> Hemofilia/ Trastomode sangre
<input type="checkbox"/> Diagnostico de salud mental
(ver abajo)
<input type="checkbox"/> Migranas
<input type="checkbox"/> Enfermedad Neuromuscular
<input type="checkbox"/> Discapacidad ortopedia
<input type="checkbox"/> Enfermedad Renal
<input type="checkbox"/> Artritis Juvenil
<input type="checkbox"/> Anemia falciforme
<input type="checkbox"/> Ulceras/ Reflujo Gastrico |
|--|--|---|

Para las siguientes condiciones, por favor proporcione informacion adicional:

Alergias Severas	Alergico a: <input type="checkbox"/> Mani <input type="checkbox"/> Nueces de arbol <input type="checkbox"/> Leche <input type="checkbox"/> Huevo <input type="checkbox"/> Picaduras de insectos <input type="checkbox"/> Otro:	
	Se necesita medicacion en la escuela para las alergias? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Medication Name: _____	
	Tipo de reaccion alergica que produce? <input type="checkbox"/> Urticaria <input type="checkbox"/> Hinchazon <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Otro:	
	Ubicacion de la medicacion <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Llevado por el estudiante *Requiere formulario*	
Asma	Se necesita medicacion para el asma en la escuela? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Medication Name: _____	
	Ubicacion de la medicacion <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Llevado por el estudiante *Requiere formulario*	
	Ocasionado por <input type="checkbox"/> Abiente <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Ejercicio <input type="checkbox"/> Infeccion de las vias respiratorias <input type="checkbox"/> Otro	
Diabetes	<input type="checkbox"/> Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II Fecha de Diagnostico: _____ **Notifique a la enfermera de su escuela si tiene un diagnostico reciente	
	Insulina por: <input type="checkbox"/> Bomba <input type="checkbox"/> Inyecciones	CGM (i.e. Dexcom)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tipo: _____
Epilepsia/ Convulsiones	Tipo: <input type="checkbox"/> Solo febril <input type="checkbox"/> Convulsiva <input type="checkbox"/> No Convulsiva Fecha de la ultima convulsion: _____	
	Se necesita medicacion de emergencia en la escuela <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es afirmativo, nombre: _____	
	Ubicacion de la medicacion <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Llevado por el estudiante *Requiere formulario*	
Salud Mental	Tipo: <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Depresion <input type="checkbox"/> Otro:	
	Medicamento utilizados para el tratamiento: _____	

Le doy permiso al director, a la enfermera escolar o a la persona designada para buscar atencion medica para mi hijo en una emergencia. Me doy cuenta de que la escuela hara todo lo posible por contavtame, pero estoy de acuerdo en que se puede llamar al Escuadron de rescate y que mi hijo puede ser traslado al Hospital Onslow Memorial/ Camp Lejeune Naval para recibir Atencion medica de emergencia. Para a segurar que se cumplain las necesides de salud especiales de mi hijo, entiendo que la informacion medica de mi hijo se compartira de manera confidencial con los miembros del personal necesario

Firma de los padres: _____ Fecha : _____