CONSENTIMIENTO DEL PADRE/TUTOR PARA TRATAMIENTO MÉDICO
Escuelas centrales de Boone 2025/2026

Información general	
Apellido:	Primer nombre:
Fecha de nacimiento:	Calificación:
Nombre del Padre de Familia / Guardian:	Teléfono:
Nombre del Padre de Familia / Guardian:	Teléfono:

Información de salud

Proveedor de atención médica primaria:

Dentista primario:

Medicamentos Actuales:

Marque lo que aplica:
{ }ADD/ADHD { } Alergia(s):_____ { } Asma
{ }Ansiedad/Depresión/Salud mental { }Retrasos en el desarrollo { }Diabetes
{ }Intolerancia alimentaria/Lactosa/Celiaquía { }Dolores de cabeza/Migrañas/Posteriores a una conmoción cerebral
{ }Convulsiones { }Discapacidad auditiva/visual { }Condición cardíaca { }SII/incontinencia

Otros comentarios:_____

{ }Necesitará medicamentos de emergencia guardados en la escuela:_____

{ }Necesitará medicamentos durante el día escolar:_____

Administración de medicamentos

Permita que mi hijo reciba los siguientes medicamentos según lo considere necesario la enfermera de la escuela u otro profesional capacitado de las Escuelas Centrales de Boone. Doy mi consentimiento para los siguientes medicamentos sin sujeción a responsabilidad por enfermedad o lesión. Es responsabilidad del padre/tutor informar a la escuela si ya se administró una dosis antes de la escuela. (Por favor circule si o no)

Sí No Acetaminofén/Tylenol
Sí No Ibuprofeno/Motrin
Sí No Pastillas para la tos
Sí No Tableta antiácida/Tums
Sí No Gotas de solución salina para los ojos (comezón en los ojos/lentes de contacto)
Sí No Orajel (herpes labial/dolor de dientes)
Sí No Aerosol nasal salino/Afrin (hemorragias nasales)
Sí No Cremas tópicas (antibiótico/quemadura/picazón)

Doy mi consentimiento para la divulgación de la información contenida en este documento a todos los miembros del personal de la escuela y otros adultos que tengan la responsabilidad de mi hijo y que puedan necesitar conocer esta información para mantener la salud y la seguridad de mi hijo. Como padre/tutor, también autorizo al personal de la Escuela Central de Boone a obtener y administrar tratamiento médico de emergencia por parte de personal médico profesional a mi hijo en la escuela, o en transporte escolar autorizado, o en una actividad respaldada por la escuela.

_____ _____
Firma del padre/tutor Fecha