SMFCSD
Nursing

Re: Convulsiones diagnosticadas

Estimado padre/guardián,

El mantener a los estudiantes seguros y saludables en la escuela continúa siendo el objetivo del departamento de enfermería del distrito escolar de San Mateo - Foster City. Nosotros apreciamos su ayuda al asistirnos en ese esfuerzo y estamos esperando ver a su estudiante en la escuela en agosto.

El apoyar a los estudiantes diagnosticados con desórdenes de convulsión continúa siendo una prioridad y apreciamos su ayuda en asistirnos en ese esfuerzo. Gracias por tomarse el tiempo para revisar el paquete de convulsión adjunto.

Favor de hacer que el equipo médico de su hijo complete y regrese el paquete de convulsión adjunto. También, asegúrese de incluir las órdenes más recientes del doctor de su hijo y regresar su papeleo tan pronto como le sea posible.

Gracias por su apoyo y por favor déjenos saber si tiene cualquier pregunta. Esperamos trabajar con usted este año.

Atentamente,

El Departamento de Enfermería-Servicios Estudiantiles
1170 Chess Drive
Foster City, California 94404
Tel: 650-312-7297 Fax: 650-655-3394

SAN MATEO-
FOSTER CITY
SCHOOL DISTRICT
LIVE·LEAD·LEARN

SAN MATEO-FOSTER CITY SCHOOL DISTRICT

autorización para divulgación de información de estudiante

Información de estudiante/padres:

Nombre del menor:_____ Fecha de nacimiento:_____

Nombre de padre/guardian:_____

Información divulgada de parte de:_____

Dirección:_____

Número de teléfono:_____ Fax: _____

Información sera divulgada y utilizada por:

Agencia: San Mateo-Foster City School District Atención: _____

Dirección: 1170 Chess Drive

Número de teléfono: _____ Fax: 650-312-7779

Propósito de la información solicitada:

- ◯ Divulgación de información de salud a solicitud del padre, tutor o representante legal del estudiante
- ◯ Proporcionar y planificar servicios educativos para estudiante/menor
- ◯ Otro proposito:_____

Registros: Marque la casilla(s) y firme para especificar qué tipo de información se divulgará.

Fecha:_____

- ◯ Resumen médico
- ◯ Examen físico
- ◯ Registros psiquiátricos
- ◯ Registros de inmunización
- ◯ Resultados de laboratorio/pruebas/imágenes
- ◯ Intercambio verbal
- ◯ Todo lo anterior
- ◯ Otro (especifíque):_____

Firma del padre/guardian: _____

DURACIÓN: *Esta autorización entrará en vigor inmediatamente y permanecerá en vigor durante un año a partir de la fecha de la firma, salvo que aquí se especifique una fecha diferente _____(fecha)*

REVOCACIÓN: *esta autorización también está sujeta a revocación por escrito por parte del padre/tutor en cualquier momento. La revocación por escrito entrará en vigor una vez recibida, excepto en la medida en que la parte divulgadora u otros hayan actuado en virtud de esta autorización.*

REDIVULGACIÓN*: Entiendo que el destinatario no puede usar o divulgar legalmente la información de salud a menos que se obtenga otra autorización de mí o a menos que dicho uso o divulgación sea específicamente requerido o permitido por la ley.*
Una copia de esta autorización es tan válida como el original. Padre/tutor tiene derecho a una copia de esta autorización.

Parent/Guardian Signature: **Date:**

_____ _____

SAN MATEO-FOSTER CITY SCHOOL DISTRICT

LIVE·LEAD·LEARN

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento _____

Maestro _____Grado:_____

Escuela: _____Año Escolar: _____

AUTORIZACIÓN DEL PADRE PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

DEBE SER COMLETADO POR UN MÉDICO U OTRO PROVEEDOR DE SALUD CERTIFICADO POR EL ESTADO DE CALIFORNIA PARA RECETAR MEDICAMENTOS.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (LETRA DE IMPRENTA):_____

DIAGNÓSTICO PARA EL CUAL SE RECETA EL MEDICAMENTO: _____

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: _____

DOSIFICACIÓN: _____ Hora: _____ Vía de Administración: _____

SI LA DOSIFICACIÓN COMO SE REQUIERA (PRN), LOS SÍNTOMAS AQUE LO HAGAN NECESARIO Y LA FRECUENCIA PERMISIBLE_____

_____

FECHA ESTIMADA DE TERMINACIÓN: _____

EFECTOS SECUNDARIOS POSIBLES: _____

_____

Es necesario que él o ella reciba el medicamento recetado anotado arriba durante horas escolares. El medicamento podrá ser administrado por empleados entrenados, no médicos de la escuela, bajo la supervisión de la enfermera de la escuela. La enfermera de la escuela puede no estar presenta durante la administración del medicamento.

FECHA: _____ DOCTOR: _____

DIRECCIÓN: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

FIRMA DEL MÉDICO: _____

SELLO DEL MÉDICO/CLÍNICA: _____

_____

Por medio de la presente, doy permiso al personal de la escuela para que administre medicamentos a mi niño durante el día escolar según lo ha recetado el médico del niño.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR: _____ FECHA: _____

EN CASO DE EMERGENCIA, SE ME PUEDE LOCALIZAR EN EL SIGUIENTE TELÉFONO: _____

SAN MATEO COUNTY SCHOOLS INSURANCE GROUP

SAN MATEO-
FOSTER CITY
SCHOOL DISTRICT
LIVE·LEAD·LEARN

AUTORIZACIÓN DEL PADRE PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

La sección 49423 del Código Educativo de California permite que la enfermera de la escuela u otro miembro designado del personal escolar ayude a los estudiantes que necesitan tomar medicamentos durante el día escolar, siempre y cuando se otorgue la autorización apropiada.

"Medicamento" incluye medicamento recetado, medicamento sin receta, suplementos de nutrición y remedios homeopático / a base de hierbas. Los padres son responsables por entregar todos los medicamentos y materiales y equipo necesarios para administrar el medicamento. Ningún medicamento, incluyendo aquellos sin receta, será administrado sin una receta médica. La receta debe estar al día y el medicamento debe entregarse en su envase original o en el envase con la etiqueta de la farmacia (pida al farmacéutico que divida el medicamento en dos envases completamente etiquetados: una para la casa y uno para la escuela). El medicamento debe haber sido recetado al estudiante que lo va a tomar y todos los envases de medicamentos deben incluir una etiqueta con el nombre del estudiante, el nombre del médico, el nombre de medicamento y las instrucciones para su uso.

Por medio de la presente autorizo y pido que el personal escolar asignado ayude a mi niño a tomar el medicamento recetado por un médico, (incluyendo medicinas que se obtienen sin receta, suplementos de nutrición y remedios homeopáticos / a base de hierbas) según lo recetado por el proveedor de salud del niño. Estoy de acuerdo y por la presente libero y eximo de responsabilidad al Distrito y sus empleados y contratistas de cualquier reclamo y demanda, causas de acción, responsabilidad o pérdida de cualquier tipo a causa u originada por actos u omisiones con respecto a este medicamento y estoy de acuerdo a indemnizar a cada uno de ellos en cuanto a cualquier veredicto o reclamo hecho en contra de ellos a resultado de este acuerdo de administración de medicamentos. Yo entiendo que mi niño no puede tener o tomar medicina en la escuela a menos que se cumpla con todos los requisitos. Doy consentimiento a la enfermera de la escuela a comunicarse con el proveedor de salud de mi hijo y aconsejar al personal de la escuela según se necesite en cuanto a este medicamento.

_____ **M/F** _____

Nombre del Estudiante (Letra de Imprenta) **SEXO Fecha de Nacimiento**

He leído y entiendo la autorización y liberación. Yo notificaré a la escuela inmediatamente si hay cualquier cambio en el medicamento que mi niño está tomando en la escuela. Yo entiendo que esta autorización es vigente por un máximo de un año escolar, y el Distrito requerirá una autorización nueva al principio de cada año escolar o si ocurren cambios en la receta.

_____ _____

Firma del Padre o Tutor Fecha