SCOTT COUNTY SCHOOLS

Hoja de Información de Salud para Estudiantes 20__- 20__

División de Servicios de Salud de las Escuelas del Condado de Scott 2168 Frankfort Pike Georgetown, KY 40324

Nombre del Estudiante: _____ FDN: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Maestro: _____

Padre/Tutor: _____ Teléfono: _____

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____

Proveedor de Atención Médica del Estudiante: _____ Teléfono: _____

Historial Médico del Estudiante

1. Historia clínica significativa / Diagnóstico médico / Hospitalizaciones / Lesiones:

   _____
2. Alergias a Medicamentos: _____ Alergias Alimentarias: _____
3. Medicamentos que se Toman Diariamente: _____
4. Medicamentos Recetados que se Administrarán en la Escuela (debe completar el Formulario de Consentimiento de Medicamentos antes de la administración en la escuela): _____

   _____
5. ¿Su estudiante tiene alguna de las siguientes condiciones **Potencialmente-Mortales** que pueden requerir tratamiento de **EMERGENCIA** o medicamentos que se deben administrar en la escuela? (se requerirá documentación adicional, incluido el formulario de consentimiento de medicamentos, el plan de acción de emergencia y el plan de salud individual)

   Diabetes (glucagón) Asma (inhalador) Convulsiones (Diastat) Alergia grave (Epi-Pen)

Información de Seguros

Proveedor de Seguro de Salud: _____ Empleador: _____

Número de Póliza: _____ Número de Grupo: _____

Autorización / Consentimiento de Tratamiento de Emergencia para Servicios de Salud

Yo, el abajo firmante, por la presente autorizo a los funcionarios de las Escuelas Públicas del Condado de Scott a comunicarse con la persona nombrada anteriormente y autorizar al médico nombrado o al personal de EMS a brindar el tratamiento que se considere necesario en una emergencia, para la salud del niño nombrado. En el caso de que el padre/tutor, médico u otras personas nombradas en este formulario no puedan ser contactados, los funcionarios de las Escuelas Públicas del Condado de Scott están autorizados a tomar cualquier acción que se considere necesaria, a su juicio, para la salud de dicho niño. No responsabilizaré financieramente al distrito escolar por el cuidado de emergencia y / o el transporte de dicho niño. La firma de este formulario liberará a las Escuelas Públicas del Condado de Scott y a los miembros del personal de cualquier responsabilidad de cualquier naturaleza para ayudar durante una emergencia médica.

Yo, el abajo firmante, autorizo a la clínica de salud de la escuela a recibir y divulgar información médica / dental y de inmunización sobre mi hijo a los administradores, maestros, terapeutas, trabajadores sociales, médicos de atención primaria, registro de inmunización o proveedor dental de su escuela individual según sea necesario o solicitado para fines de tratamiento y coordinación de atención.

Yo, el abajo firmante, doy mi consentimiento para que el personal profesional de la salud de SCS o el personal capacitado delegado brinde atención a mi hijo, incluidos, entre otros, primeros auxilios, exámenes de la vista y dentales, exámenes, evaluaciones, tratamiento y cualquier otro servicio de salud necesario.

Firma del Padre/tutor: _____ Fecha: _____

POR FAVOR, COMPLETE EL OTRO LADO

FORMULARIO DE PERMISO DE MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE (OTC)

Nombre del estudiante	Maestro	FDN

Como padre / Tutor Legal del estudiante mencionado anteriormente, autorizo a la enfermera escolar o a la persona designada a darle a mi hijo medicamentos sin receta y de venta libre (OTC) durante el año escolar de acuerdo con la política de medicamentos escolares del condado de Scott según sea necesario. *NO SE ACEPTARÁ NINGÚN PERMISO VERBAL*

Al rubricar los medicamentos enumerados a continuación, estoy certificando que mi hijo ha usado o tomado este medicamento anteriormente al menos UNA vez.

SÍ	NO		SÍ	NO	
		Crema de hidrocortisona			Gotas oftálmicas salinas
		Difenhidramina oral (Benadryl)			Vaselina (Vaselina)
		Loción de calamina			Peróxido de Hidrógeno o aerosol para heridas
		Ungüento antibiótico (bacitracina, sulfato de neomicina, sulfato de polimixina)			Gotas para la tos
		Protector solar			Gel de Zabila
		Acetaminofén			Ibuprofeno
		Alivio de la saca			Tabletas antiácidas (Tums)

- La enfermera utilizará el juicio profesional para determinar si debe administrar cualquier medicamento mencionado anteriormente que haya sido rubricado y firmado por el padre / tutor.
- La enfermera tiene derecho a negarse a administrar cualquier medicamento que crea que no es lo mejor para el estudiante debido a la dosis, los efectos secundarios o cualquier otra preocupación.
- Los medicamentos mencionados anteriormente PUEDEN SER PROPORCIONADOS por la escuela a la que asiste su estudiante y, de ser así, serán apropiados para su edad y se administrarán de acuerdo con la etiqueta del fabricante.
- Si se observa que los estudiantes solicitan medicamentos más de dos veces por semana, se notificará al padre / tutor para que se pueda implementar una mayor investigación o acción.
- Los medicamentos de venta libre no se administrarán más de tres días consecutivos sin la orden de un médico.
- El permiso para los medicamentos de venta libre deberá renovarse cada año escolar.
- El padre/tutor legal puede RETIRAR el permiso firmado con una solicitud por escrito en cualquier momento.
- Consulte la política de medicamentos para obtener información completa e instrucciones

HISTORIAL DE MEDICAMENTOS:

¿Su estudiante es alérgico a algún medicamento de venta libre? _____SÍ _____ NO
En caso afirmativo, enumere la medicación y la reacción: _____

_____

Por la presente, doy mi permiso para que los medicamentos sin receta inicializados anteriormente se administren a mi hijo según lo necesite la enfermera de la escuela o la persona designada. Certifico que mi hijo ha tomado/usado este medicamento previamente sin reacciones adversas conocidas. NO responsabilizaré al personal de la escuela por cualquier reacción no deseada que pueda ocurrir por la administración de dichos medicamentos.

Firma del Padre/Tutor Legal:_____ Fecha:_____

Enfermera Escolar:_____ **Fecha:** _____

POR FAVOR, COMPLETE EL OTRO LADO