



FORMULARIO DE CONTACTO DE EMERGENCIA PARA ESTUDIANTES 2025-2026

Encierre en un círculo el programa al que asiste su hijo :

Oakview Primary School Oakview Middle/High School Oakview Transition Program Merit Academy

Apellido del estudiante Nombre del estudiante Segundo nombre Fecha de nacimiento

Dirección del estudiante Ciudad Código Postal Teléfono Residencial

Correo electrónico del padre/tutor: _____

El estudiante vive en la misma casa con (marque todas las opciones que correspondan): Madre Padre

Madrastra Padrastra Padres adoptivos Guardián Otros (por favor enumerarlos) _____

1) Nombre del Padre/Tutor: _____ Teléfono de trabajo _____ Teléfono móvil _____

2) Nombre del Padre/Tutor: _____ Teléfono de trabajo _____ Teléfono móvil _____

Enumere el número de teléfono de otro padre/tutor que pueda ser diferente al anterior:

PERSONAS A CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA SI NO SE PUEDE LOCALIZAR AL PADRE/TUTOR: (ENUMERE A ALGUIEN QUE NO SEA USTED/SU PADRE/TUTOR)

1) Nombre _____

2) Nombre _____

Relación con el niño _____

Relación con el niño _____

Dirección _____

Dirección _____

Número de teléfono _____

Número de teléfono _____

LISTA DE INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA, PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALISTAS:

Nombre del Dr.	Especialidad de Dr.	Dirección	Número de teléfono



FORMULARIO DE ESTADO DE SALUD ACTUAL, 2025-2026

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ **FECHA:** _____

MEDICAMENTOS: Enumere todos los medicamentos, ya sea que se administren en casa o en la escuela. Los medicamentos que se administren en la escuela **DEBEN** tener receta médica. Esto incluye, entre otros, medicamentos de uso diario, medicamentos de emergencia e inhaladores.

Medicamento	Dosis	Con qué frecuencia	Razón dada	¿Los medicamentos se administran en la escuela o en casa?	Nombre del Médico

ALERGIAS

<input type="checkbox"/> Mi hijo NO tiene alergias	<input type="checkbox"/> Mi hijo TIENE alergias (enumere las alergias y reacciones a continuación) _____ _____ _____
---	--

ASMA

<input type="checkbox"/> Mi hijo NO TIENE asma	<input type="checkbox"/> Mi hijo TIENE asma
---	--

TRASTORNO CONVULSIVO

<input type="checkbox"/> Mi hijo NO TIENE un trastorno convulsivo	<input type="checkbox"/> Mi hijo TIENE un trastorno convulsivo
--	---

Condiciones médicas crónicas/dispositivos: _____

Cualquier información adicional o historial médico que necesitemos conocer: _____

FIRMA DEL PADRE/TUTOR

FECHA



PERMISO PARA DECISIONES Y TRATAMIENTOS MÉDICOS 2025-2026

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA: _____

Las enfermeras escolares de C.E.S. tienen permiso para usar las órdenes permanentes de un médico asesor, el Dr. Mark Vincent, cuando sea necesario o en caso de emergencia. *Si se opone a alguna de estas órdenes, informe a la enfermería por escrito o adjunte una nota al formulario de emergencia.*

La enfermera escolar, bajo ciertas circunstancias, puede administrar lo siguiente (nota: PRN significa "según sea necesario"):

La enfermera escolar puede administrar oxígeno cuando esté indicado para dificultad respiratoria/cianosis (coloración azulada de la boca o la piel).

Reacciones alérgicas (reacción desconocida): Si la reacción es leve, contacte a su médico de cabecera o a uno de sus padres/tutores antes de administrar lo siguiente:

Para una reacción leve con urticaria, hinchazón leve o síntomas gastrointestinales leves, administre clorhidrato de difenhidramina (Benadryl) según la siguiente dosis:

Peso:	22-32 lbs	33-43 lbs	44-54 lbs	55-65 lbs	66-76 lbs	77-87 lbs	88 lbs y superior
Dosis:	12.5 mg	18.75 mg	25 mg	31.25 mg	37.5 mg	43.75 mg	50 mg

Para una reacción alérgica grave o shock anafiláctico, administre EPI-PEN según la siguiente dosis y luego llame al 911 y a uno de sus padres/tutores:

Peso:	33-66 lbs.	66 lbs. o más
Dosis:	EPI-PEN Jr./Epinefrina (Adrenalina 0.15 mg según sea necesario)	EPI-PEN ADULTO/Epinefrina (Adrenalina 0.3 mg según sea necesario)

Cortes o abrasiones menores: después de limpiar con agua y jabón, toallitas BZK o solución salina normal, aplique una capa fina de bacitracina o ungüento antibiótico triple de forma tópica en el área afectada, luego cúbrala con un apósito limpio y seco o curitas.

Picaduras de insectos, Irritaciones de la piel enrojecida, o cualquier sarpullido con picazón: Aplique una capa fina de loción de calamina, Calagel, Caladryl o crema de hidrocortisona al 1% tópicamente en la zona afectada según sea necesario.

Labios agrietados, Irritaciones menores de la piel, o piel seca: Aplique una capa fina de vaselina tópicamente en la zona afectada según sea necesario.

Cuidado bucal: Enjuague bucal con agua salada o solución salina según sea necesario. Puede usar cera dental para cubrir los bordes afilados de los brackets según sea necesario.

Quemaduras: Lavar con agua fría la quemadura leve durante al menos 5 minutos, según sea necesario. Si la quemadura es más extensa, cubrir con un vendaje antiadherente limpio y derivar al paciente a una evaluación médica. Llamar al 911 si la quemadura es profunda, extensa o grave, si afecta una parte sensible del cuerpo o si se trata de quemaduras químicas o eléctricas.

***Dolor de cabeza, dismenorrea, dolor de ortodondia, dolor o malestar generalizado o fiebre de 100 F o superior:** El acetaminofén o el ibuprofeno solo se pueden administrar con la autorización de los padres/tutores. La firma de los padres/tutores a continuación indica la autorización para el año escolar 2025-2026. Notificar a los padres/tutores sobre su uso. El peso del estudiante determina la dosis (ver más abajo).

ACETAMINOFÉN: vía oral (cada 4 horas), según sea necesario.

Peso:	24-35 lbs	36-47 lbs	48-59 lbs	60-71 lbs	72-95 lbs	Más de 95 lbs.
Dosis:	160 mg	240 mg	320 mg	400 mg	480 mg	650 m.

IBUPROFENO: vía oral (cada 6-8 horas) según sea necesario.

Peso:	24-35 lbs	36-47 lbs	48-59 lbs	60-71 lbs	72-95 lbs.	Más de 95 lbs
Dosis:	100 mg	150 mg	200 mg	250 mg	300 mg	400 mg

En caso de emergencia médica, la Ley del Buen Samaritano permite y protege al personal de C.E.S. que brinda atención de emergencia y primeros auxilios de ser considerado responsable de daños civiles por cualquier lesión personal resultante de acciones u omisiones. Esta inmunidad no se aplica a actos u omisiones que constituyan negligencia grave, intencional o temeraria.

Se hará todo lo posible por contactar al padre/tutor en caso de emergencia.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Mark Vincent, M.D., Asesor médico, firma en el archivo



**COOPERATIVE
EDUCATIONAL
SERVICES**

FORMULARIO DE PERMISO PARA ADMINISTRAR ATENCIÓN DE EMERGENCIA, AÑO ESCOLAR 25-26

Nombre del Estudiante: _____

Entiendo que puede ocurrir una emergencia y que podría ser necesario que mi hijo/a reciba atención de emergencia por recomendación de un profesional de la salud o del personal clínico de un hospital. Entiendo que, si fuera necesario mi consentimiento previo por escrito, retrasar el tratamiento del/de la niño/a podría ser perjudicial para su salud o vida. Por lo tanto, autorizo a COOPERATIVE EDUCATIONAL SERVICES a que autorice en mi nombre el tratamiento de mi hijo/a para cualquier afección repentina que requiera dicho tratamiento, incluyendo tratamiento médico y hospitalario.**

Número de Seguro Social del Estudiante _____

Información sobre seguro médico:

1. ¿Tiene seguro médico Husky o tarjeta de seguro estatal? Si No

En caso afirmativo, indique el ID del cliente. _____

Plan de salud del niño: _____ (i.e., HealthNet, Anthem, ConnectiCare)

Número de identificación de miembro _____

2. Si tienes seguro privado:

Nombre de la compañía de seguros. _____

Nombre del Asegurado _____

Número de identificación de la póliza _____ Número de miembro individual _____

3. Mi hijo no tiene seguro: _____

FIRMA DEL PADRE/TUTOR

FECHA

**Se requiere firma si un estudiante es menor de 18 años de edad o si un estudiante tiene 18 años de edad o más y ha obtenido la tutela por parte de sus padres u otra persona.

2025-26 DIRECTRICES MÉDICAS PARA LA EXCLUSIÓN DE UN ALUMNO DE LA ESCUELA

El período de exclusión para estudiantes con una enfermedad contagiosa se indica en la tabla a continuación.

Enfermedad o síntomas	Período de exclusión
Enfermedad infecciosa con sospecha de contagio	Regresar a la escuela con un justificante médico.
Signos y síntomas indicativos de COVID-19	Hasta que los síntomas mejoren o no presenten fiebre durante 24 horas o más sin tomar medicamentos.
Fiebre de 38 °C o más (oral, timpánica o temporal)	Deben quedarse en casa el siguiente día escolar completo. Pueden regresar a la escuela una vez que no presenten fiebre durante 24 horas sin tomar medicamentos.
Síntomas respiratorios/similares a la gripe (gripe, VSR, neumonía, etc.)	Hasta que los síntomas mejoren o no haya fiebre durante 24 horas o más sin usar medicamentos.
Virus estomacal: vómitos o diarrea (si la enfermera lo envía a casa <u>o</u> ocurre 2 veces o más en 24 horas en casa)	Debe quedarse en casa la siguiente jornada escolar completa. Puede regresar a la escuela una vez que no presente síntomas durante 24 horas sin usar medicamentos.
Síntomas del virus del resfriado con secreción nasal excesiva de color amarillo/verde o tos constante	Hasta que la secreción nasal sea clara y la tos sea improductiva o solo ocasional. Nivel de energía normal.
Infección de garganta o piel que requiera antibióticos (p. ej., faringitis estreptocócica).	Hasta que un profesional de la salud diagnostique que el estudiante está bajo tratamiento o medicación adecuada durante 24 horas.
Conjuntivitis o conjuntivitis.	Hasta que un profesional de la salud diagnostique que el estudiante está bajo tratamiento o medicación adecuada durante 24 horas.
Cualquier erupción cutánea que pueda ser contagiosa (p. ej., sarna, impétigo, etc.).	Hasta que sea diagnosticada por un profesional de la salud que presente un certificado que acredite que el estudiante está bajo tratamiento o medicación adecuada durante 24 horas.
Pediculosis o piojos.	Hasta que se administre el tratamiento.
Cualquier enfermedad infantil prevenible mediante vacunación (p. ej., varicela, sarampión).	Debido a las vacunas disponibles actualmente, ya no se prevén enfermedades infantiles. Todos los casos sospechosos deben ser evaluados por su profesional de la salud, quien debe proporcionar un certificado que acredite que el estudiante puede regresar a la escuela. Puede requerir la aprobación del DPH según sea necesario.
Tiña.	Hasta que un profesional de la salud lo diagnostique y presente un certificado que acredite que el estudiante recibe el tratamiento o la medicación adecuados. Se debe cubrir la zona en caso de exposición en la escuela.
Tuberculosis (activa)	Hasta que el estudiante reciba una nota del profesional de la salud y el Departamento de Salud local autorice su regreso.
Signo o síntoma de lesión en la cabeza o conmoción cerebral	Regrese a la escuela con una nota del profesional de la salud e indique si el estudiante tiene alguna restricción en la escuela o el gimnasio.
<p>NOTA:</p> <p>~Lesiones ortopédicas (yesos, férulas, cabestrillos/vendas Ace, muletas, botas ortopédicas, etc.)</p> <p>~Procedimientos post-quirúrgicos y/o dentales con anestesia general</p>	<p>Al regresar: Debe presentar una nota de su profesional de la salud que especifique la fecha exacta de regreso, las restricciones escolares o del gimnasio, el uso de cualquier dispositivo ortopédico necesario, las necesidades específicas de enfermería y la fecha de finalización del tratamiento o las restricciones tras la atención de seguimiento (si corresponde). El estudiante será enviado a casa sin dicha nota.</p>



Permiso/Rechazo de Antagonistas Opiáceos (NARCAN) por parte de padres/tutores para primeros auxilios de emergencia en caso de sospecha de sobredosis de opioides.

El Estatuto General de Connecticut 10-212a autoriza a las enfermeras escolares y al personal escolar cualificado a administrar antagonistas opioides como primeros auxilios de emergencia a estudiantes que sufran una presunta sobredosis relacionada con opioides. A efectos de esta política, "antagonista opioide" se refiere al clorhidrato de naloxona (Narcan) o cualquier otro fármaco de acción similar aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para el tratamiento de sobredosis de drogas. Los antagonistas opioides son fármacos seguros con pocos o ningún efecto secundario, aunque se presentan casos raros de reacciones alérgicas.

En caso de sospecha de sobredosis de opioides por parte de un estudiante, el personal alertará a la enfermera escolar y al administrador del programa, quienes seguirán los procedimientos de primeros auxilios de emergencia: llamar al 911, verificar la respuesta del estudiante, administrar antagonistas opioides (con permiso de los padres) y supervisar al estudiante en posición de rescate/recuperación. Tras la administración de un antagonista opioide, se notificará a los padres/tutores del estudiante, al administrador(es) del programa y al Director Ejecutivo de C.E.S. El Director de Servicios Relacionados y Programas Especiales mantendrá registros de la administración de un antagonista opioide.

- Quiero** que se le administre naloxona (Narcan) a mi hijo/a si es necesario en caso de una sospecha de sobredosis de opioides.
- NO quiero** que se le administre naloxona (Narcan) a mi hijo/a bajo ninguna circunstancia.

Nombre del estudiante

Fecha de nacimiento del estudiante

Nombre del padre/tutor

Firma del padre/tutor

Fecha



Autorización conforme a HIPAA para el intercambio de información sanitaria y educativa, Formulario 2A

Complete la información de todos los proveedores de atención médica aplicables.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Por la presente autorizo: _____

(Nombre, dirección y número de teléfono del **pediatra**)

(Nombre, dirección y número de teléfono del **psiquiatra/psicólogo**)

(Nombre, dirección y número de teléfono del **neurólogo**)

(Nombre, dirección y número de teléfono del **gastroenterólogo**)

(Nombre, dirección y número de teléfono de **otro especialista**)

Para divulgar mi información/registros de salud o los de mi hijo para los fines que se indican a continuación a:

(Nombre y cargo del funcionario escolar)

(Número telefónico)

(Nombre y dirección de la escuela)

Descripción: La información de salud que se divulgará consiste en: Historial médico y vacunas, incluidos diagnósticos, objetivos y tratamientos.. Psiquiatría en cuanto a diagnóstico/tratamiento e intervención farmacológica. Otro: _____	La información educativa que se divulgará consiste en:: Informes de progreso y logros. Datos e información de comportamiento. Individualized Education Plan Otro:
Purpose: This information will be used for the following purpose(s): 1. Educational Evaluation and program planning 2. Health assessment and planning for health care services and treatment in school 3. Medical evaluation and treatment 4. Assessment and planning for treatment of psychiatric, emotional and social needs 5. Other	

Autorización

Esta autorización es válida por un año calendario. Expirará el _____. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito de la revocación de mi consentimiento. Reconozco que, una vez recibidos por el distrito escolar, los registros médicos podrían no estar protegidos por la Regla de Privacidad de HIPAA, pero se convertirán en registros educativos protegidos por la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar. También entiendo que, si me niego a firmar, dicha negativa no interferirá con la posibilidad de que mi hijo/a obtenga atención médica.

Firma del Padre o Tutor: _____ Fecha: _____

Firma del estudiante*: _____ Fecha: _____

*Si un estudiante menor de edad está autorizado a dar su consentimiento para recibir atención médica sin el consentimiento de sus padres según la ley federal o estatal, solo él deberá firmar este formulario de autorización. En Connecticut, un menor competente, según su edad, puede dar su consentimiento para recibir atención ambulatoria de salud mental, tratamiento por abuso de alcohol y drogas, pruebas de VIH/SIDA y servicios de salud reproductiva.

Copias: Padre o Estudiante*