Transforming Education

Stephanie Dunham, RN
School Nurse
P 508-529-7758 x3006
sdunham@valleytech.k12.ma.us

Deanna Pavone, RN
School Nurse
P 508-529-7758 x3005
dpavone@valleytech.k12.ma.us

Blackstone Valley Regional Vocational Technical High School
65 Pleasant Street, Upton, MA 01568
F 508-529-3514
www.valleytech.k12.ma.us

Anthony E. Steele II
Superintendent-Director

Paquete de la enfermera - Español

Queridos padres/tutores.
Nos gustaría darle la bienvenida a usted y a su hijo a Blackstone Valley Tech (BVT) y queremos orientarlos sobre las políticas de nuestra Oficina de Salud. Adjunto encontrará dos formularios que deben completarse y devolverse antes del 9 de mayo de 2025.

Participación en programas atléticos o el taller no puede ocurrir hasta que todos los registros de salud estén en su lugar.

1. **El formulario de información de emergencia de la enfermera**: Para poder dar Tylenol o Ibuprofeno a su hijo/a es necesario que se complete este formulario. **Hay que completar este formulario anualmente.**

2. **El perfil de salud del/de la estudiante**: Este no es un formulario anual. Es para estudiantes que son nuevos a BVT.

3. **Examen físico**: Cada estudiante en BVT tiene que tener una copia de un examen físico actualizado (dentro del año escolar pasado) archivado en la oficina de salud. Los exámenes físicos son válidos por 13 meses. Si el examen físico de su estudiante no vence hasta después del 9 de mayo, 2025 por favor envié el más reciente completado.

4. **Plan de Acción de Alergia**: Este formulario debe ser completado **solamente por un médico** si su estudiante tiene una alergia potencialmente mortal que requiere que él/ella lleve un EpiPen consigo.

Este paquete entero se tiene que completar y devolver, PARA ESTUDIANTES ENTRANTES DE SU PRIMER AÑO O ESTUDIANTES NUEVOS, en un sobre separado a la oficina de Admisión de Blackstone Valley Tech – no más tarde del 9 de Mayo de 2025.

Sinceramente,

Stephanie Dunham, RN
School Nurse

Deanna Pavone, RN
School Nurse

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE EMERGENCIADE LA ENFEMERA - ESPAÑOL

INFORMACIÓN DEL/DE LA ESTUDIANTE

Número de identficación: _____ Grado: _____ Tailer: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección 1: _____ Dirección 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal (ZIP): _____

INFORMACIÓN DE LOS PADRES/TUTORES

Padre: _____ Teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____

Madre: _____ Teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____

Totor/a: _____ Teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____

Si el padre o madre no se puede contactar durante una emergencia, nombre de adultos responsables que peudan recoger al niño/a:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Médico del/de la estudiante: _____ Teléfono: _____

Doy permiso a la enfermera de la escuela, o personal de la escuela que designe la enfermera, a administrar lo siguiente:

☐ Acetaminofén (Tylenol) ☐ Ibuorofeno (Advil) ☐ Ungüento de Bacitracin

☐ Antiácido (Tums) ☐ Crema de hidrocortisona 1%

Si su hijo/a no puede tragar pastillas, por favor provea Tylenol y/o Ibuprofeno en forma líquida a la oficiano de la enfermera

_____

Firma del padre/madre/tutor Fecha

Perfil de la salud del estudiante – Espanol

Nombre: _____ **Ciudad:** _____

LUGAR DE NAC: _____ **F.D.N.:** _____ **Escuela de Envío:** _____

A. ¿ Su Hijo/a Ha Tenido Alguna de las Siguientes Enfermedades?

	SÍ	NO
Paperas		
Meningitis		
Neumonía		

B. ¿ Tiene Su Hijo/Hija?

	SÍ	NO
TDA/TDAH		
Ansiedad-diagnosticado por médico		
Asma		
Trastorno del especto autista		
Depresión		
Diabetes		
Sordera		
Enfermedad renal		
Migraña diagnosticada por un		
medico		
Escoliosis		
Trastorno por convulsión		
Otro (especifique abajo)		

C. Salud Mental

	SÍ	NO
Su hijo/a visita a un terapeuta		
Ha estado su hijo/a en un programa de terapia parcial u hospitalizado		
Si es así, por favor especifique:		

D. ¿ Ha Tenido Su Hijo/a Alguna Operación?

	SÍ	NO
Apéndice		
Hernia		
Amígdalas-adenoides		
Otro (por favor especifique)		

E. ¿ Tiene Su Hijo/a Algo de lo Siguiente?

	SÍ	NO
Huesos quebrados		
Accidentes serios		
Lesión seria en la cabeza		
(Si es ASÍ, por favor dé detalles, el tipo)		

F. ¿ Ha Estado Su Hijo/a Hospitalizado/a por Alguna Otra Razón en los Últimos 2 Años?
Si es ASÍ, por favor especifique

	SÍ	NO

G. ¿ Su Hijo/a Tiene Alguna Alergia?

	SÍ	NO
Picaduras de abejas		
Comida		
Mordidas de insectos		
Medicamento		
Otro (Si es así, por favor especifique)		

H. ¿ Su Hijo/a Requiere el Medicamento para Alguna Reacción Alérgica?
Si es ASÍ, requirimos la orden de un doctor para la Oficina de salud antes del inicio de la escuela.

	SÍ	NO
Epi-Pen SE REQUIERE ORDEN		
Benadryl SE REQUIERE ORDEN		
Otro (Por favor especifique)		

I. ¿ Su Hijo/a Usa Auxiliares?

	SÍ	NO
Audífonos		
Silla de ruedas		
Otro (Por favor especifique)		

Continúa en la parte de atrás

		SÍ	NO
J.	**¿ Su hijo/a puede participar en todas las actividades escolares?** Si NO, por favor explique abajo.		

_____

_____

_____

		SÍ	NO
K.	**¿ Su Hijo/a Puede Tomar Medicamentos en la escuela Durante el Año Escolar?** Si es ASÍ, por favor especifique y envíe una orden del doctor a la Oficina de Salud antes del inicio de la escuela.		

_____

_____

_____

		SÍ	NO
L.	**¿Está su hijo/a en un plan 504?** Si es ASÍ, por favor envíe una copia del plan a los Servicios estudiantiles.		

		SÍ	NO
M.	**¿Tiene su hijo/a un PEI??** Si es ASÍ, por favor envíe una copia del plan a los Servicios estudiantiles.		

Por favor siéntase libre de llamar a la Oficina de Salud (ext. 3005 o 3006) si tiene alguna pregunta o preocupación.

Si hay alguna información que NO le gustaría que compartiéramos con el consejero en orientación de su hijo/a, maestro, maestro de taller, etc., por favor haga la lista a continuación:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Firma del padre/madre/tutor Fecha