

ESCUELA AUTÓNOMA DE LA ACADEMIA AVANZADA DE MATEMÁTICAS Y CIENCIAS

Hoja de información de la oficina de salud estudiantil y permiso de los padres para medicamentos de venta libre 2025-26

Complete con precisión y devuélvalo de inmediato a la enfermera de la escuela, ya que puede acompañar a su hijo si necesita atención de emergencia.

Nombre del estudiante: (Apellido) _____ (Nombre) _____ Fecha de nacimiento: _____ Género: () Masculino () Femenino () No binario

Dirección: _____ Pueblo/Ciudad: _____ Código postal: _____

Teléfono celular del estudiante: _____ Idioma principal: _____ Idioma principal en casa: _____

¿Con quién vive el estudiante? () Ambos padres () Uno de los padres () Los padres comparten la custodia () Otro (tutor)

Nombre y grado de los hermanos en el edificio de la escuela: _____

Transporte: Bus _____ Recogida de up _____ para padres Día extendido Program _____ después de la escuela Programs _____

En caso de una emergencia médica, la escuela intentará comunicarse con el padre / tutor si se llama al 911. Complete la información de contacto del padre/tutor y del proveedor médico.

Contacto principal #1:

Nombre: _____

Relación con el estudiante: _____

Teléfono celular: _____

Teléfono del trabajo: _____

Empleador: _____

Contacto principal #2:

Nombre: _____

Relación con el estudiante: _____

Teléfono celular: _____

Teléfono del trabajo: _____

Empleador: _____

Nombre del contacto de emergencia (debe ser diferente al padre/tutor) Nombre: _____

Relación con el estudiante: _____

Teléfono: _____

Nombre del proveedor médico: _____ **Teléfono de la oficina:** _____

Enumere cualquier medicamento que su estudiante esté tomando actualmente, en casa y / o en la escuela, incluidos los medicamentos de venta libre, recetados, a base de hierbas / suplementos:

Una lista de alergias potencialmente mortales a: () Alimentos () Insectos / abejas () Látex () Medicamentos

En caso afirmativo, **especifique alergia:**

Enumere cualquier problema de salud que se aplique a su hijo y explique (Medicación / Tratamiento); Indique el nombre de un especialista y el # de teléfono si está bajo cuidado _____

() Limitaciones físicas, equipo especial _____

Le doy permiso a la enfermera de la escuela para compartir esta información relevante para la condición de salud de mi hijo con el personal escolar apropiado cuando sea necesario para satisfacer las necesidades de salud y seguridad de mi hijo. Doy permiso para intercambiar información con el médico de atención primaria de mi hijo con el fin de derivarlo, diagnosticarlo y tratarlo. () Sí () No

Permiso de los padres para órdenes de medicamentos de venta libre (OTC) 2025-26 De acuerdo con las órdenes permanentes y los protocolos de AMSA firmados por la doctora de la escuela, la Dra. Angela Hunt, M.D., los medicamentos que se enumeran a continuación se dispensarán con el permiso por escrito de un padre o tutor. Su hijo puede recibir hasta tres (3) dosis cada año escolar de medicamentos de venta libre, estos medicamentos están destinados a un uso muy poco frecuente. No se dispensará ningún medicamento si su hijo presenta fiebre o cualquier signo de una enfermedad o afección que justifique la evaluación de un proveedor médico. Se utilizarán otros métodos para aliviar el dolor, como bolsas de hielo / calor, descanso e hidratación / refrigerio antes de ofrecer medicamentos. Cualquier niño que necesite más de 3 dosis por año escolar debe obtener las órdenes de un proveedor médico.

Mi hijo tiene permiso para recibir los medicamentos que se indican a continuación. Entiendo que este medicamento se administrará solo después de que las enfermeras hayan realizado una evaluación y hayan determinado que es apropiado:

() **Ibuprofeno 400 mg** (dosis administrada en función del peso según la orden permanente del médico de la escuela), para aliviar el dolor.

() **Acetaminofén 650 mg** (dosis administrada según el peso según la orden permanente del médico de la escuela), para aliviar el dolor

Caladryl, para aplicación tópica en la piel para aliviar la picazón

Vaselina- Para pieles secas, labios agrietados o cuidado de heridas menores.

Por favor, notifíqueme cuando mi hijo haya recibido una dosis de ibuprofeno o paracetamol

Firma del padre/tutor: _____ **Fecha:** _____

Si su hijo requiere medicamentos o cuidados especiales en la escuela, comuníquese con la Oficina de Salud. Se requiere una orden médica firmada y un formulario de permiso de los padres para los medicamentos o tratamientos administrados en la escuela.

Editado el 3/6/25 MGW