

SUMNER COUNTY SCHOOLS FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Año escolar 2026-27

Estimados padres/tutores: Complete la siguiente información, **DELANTE Y DEL REVERSO**, y devuélvala lo antes posible. Esta información solo se compartirá con el personal escolar necesario para mantener y promover la salud/bienestar del estudiante.

Nombre del estudiante: _____ Género: Macho/Femenino Fecha de nacimiento: _____

Nombre del Padre de Familia / Guardian: _____

Teléfono de casa: _____ Celúla: _____ Trabajar: _____

Dirección de correo electrónico del padre/tutor: _____

Escuela: _____ Grado en la Escuela: _____ Escuela a la que asistió el año pasado.: _____

La estudiante es una: Jinete de autobús _____(Número de autobús -AM ___PM ___)jinete del coche Caminante ___Otra ___

Los padres/tutores son responsables de proporcionar TODOS los medicamentos, incluidos los de venta libre (OTC), a sus hijos. Todos los medicamentos deben ser entregados a la escuela en persona por el padre, tutor o el adulto designado por el padre/tutor.

Marque y explique en el espacio a continuación si su estudiante, ACTUALMENTE o SÓLO EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS, ha tenido alguna de las siguientes condiciones

Enfermedad/condición	Sí	No	Por favor explique/elabore aquí:
Diabetes			En caso afirmativo, ¿tipo I o tipo II? (por favor circule) ¿Algún medicamento?
Problemas del corazón			
Problemas renales o urinarios importantes			
Asma (en los últimos 2 años)			¿Se utiliza un inhalador de rescate? S/N ¿Otros medicamentos?
Preocupaciones psicológicas			En caso afirmativo, indique los medicamentos actuales:
Problemas estomacales/intestinales			
Usa anteojos/lentes de contacto			
Condición de audición/visión			En caso afirmativo, explíquelo por favor:
Trastorno convulsivo			Tipo: _____ Fecha de la última incautación: _____ Medicamentos: _____
			Medicamentos de rescate prescritos S / N ¿Alguna vez se ha dado? S / N Última fecha given: _____
Alergias potencialmente mortales			¿A qué?
			¿Se prescribe epinefrina?? S / N ¿Se ha usado alguna vez?? S / N Fecha de último uso: _____
Enumere todas las demás alergias conocidas (es decir, medicamentos, alimentos, nueces, picaduras de abeja, etc.):			
Otras preocupaciones de salud importantes:			

¿Tu estudiante tiene un 504 o IEP? _____

¿Su estudiante toma medicamentos regularmente, no mencionados anteriormente? S / N If Si, qué? _____

Médico de cabecera del estudiante: _____ Teléfono: _____

especialista en estudiantes (si es aplicable): _____ Teléfono: _____

Por favor, complete el dorso del formulario

SUMNER COUNTY SCHOOLS PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Protocolo de acuerdo con las Directrices TN para la atención de la salud en el ámbito escolar, T.C.A. § 49-50-1602, T.C.A. § 49-50-1603

NUNCA ENVÍE MEDICAMENTOS DE NINGÚN TIPO A LA ESCUELA CON SU HIJO. Solo se administrarán los medicamentos necesarios para mantener la asistencia del estudiante. Todos los estudiantes deben tener formularios de prescripción y de venta libre completados antes de que la escuela pueda administrarles medicamentos. Los medicamentos de venta libre o sin receta se administrarán según las instrucciones del paquete únicamente, a menos que vayan acompañados de una orden médica con instrucciones alternativas. Todos los medicamentos recetados requieren la firma del médico y de los padres. La etiqueta de la farmacia DEBE coincidir con la orden escrita del médico. Los medicamentos sin receta requieren únicamente la firma de los padres y deben enviarse en un frasco sellado y sin abrir. **No se aceptarán bolsas Ziploc, botellas sin etiqueta ni medicamentos vencidos. * Tenga en cuenta: no se administrarán en la escuela medicinas y/o tratamientos alternativos como suplementos a base de hierbas, medicamentos homeopáticos, vitaminas, suplementos nutricionales, aceites esenciales y cualquier otro producto que no esté regulado por la FDA. Las acciones y los posibles efectos secundarios de estos productos no están disponibles para los proveedores de atención médica y no serán proporcionados por el personal de la escuela.***

- Los medicamentos matutinos y “una vez al día” deben administrarse en casa. Esto incluye medicamentos de venta libre como Advil y Tylenol.
- No se administrarán narcóticos de forma rutinaria durante el horario escolar.
- Se debe completar un nuevo formulario de medicamento cada año escolar. Esto incluye órdenes de insulina y medicamentos de emergencia.
- Las pautas de medicación para las escuelas del condado de Sumner no permiten que se administre aspirina o productos que contengan aspirina sin una orden médica (BC Powder, Pamprin, Excedrin Migraine, Bayer Aspirin, Midol, Goody's Powder, Pepto-Bismol, etc.). Si no está seguro de si un producto contiene aspirina, consulte la lista de ingredientes activos para ver si contiene “salicilato” o “ácido salicílico” o consulte a su farmacéutico. Si estos productos deben administrarse durante el horario escolar, se requerirá orden médica.
- Cualquier cambio en la medicación debe ir acompañado de un nuevo formulario, con los cambios anotados y firmado por el médico. Esto incluye suspender un medicamento diario. • Todos los medicamentos no utilizados solo se devolverán al padre/tutor/adulto designado por los padres. Si el medicamento no se recoge dentro de las dos semanas posteriores a la solicitud, o si se suspende el medicamento, se descartará. No se almacenarán medicamentos durante el verano; Los medicamentos que se dejen al final del año escolar se desecharán después de la salida del último día completo de instrucción.
- Ningún estudiante debe transportar ni poseer medicamentos en la propiedad escolar, aparte de los medicamentos permitidos por la ley estatal y la orden médica (es decir, EpiPen, inhalador de rescate, glucagón, enzimas para la fibrosis quística).
- Al mudarse de otro estado, los padres tendrán 30 días para convertir las órdenes existentes a un médico de Tennessee (también se aceptará prueba de cita para especialistas y otros que puedan ser más difíciles de programar).

He leído y entiendo la información anterior y soy consciente de que mi estudiante no recibirá medicamentos en la escuela a menos que mi persona designada o yo los traiga. Entiendo que se me notificará para que vaya a la escuela a firmar por cualquier medicamento que no se traiga. en correctamente.

Firma del Padre / Tutor

Fecha

PADRE/TUTOR POR FAVOR COMPLETE AMBOS LADOS DE ESTE FORMULARIO

Notas de enfermera/personal únicamente: _____