

Historia clínica del estudiante del Distrito Escolar del Municipio de Pemberton

Dado que la salud de los niños puede afectar su capacidad de aprendizaje en la escuela, brinde la siguiente información para ayudar al personal de la escuela: Grado: _____ Aula: _____

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ M ____ F ____

Información actual sobre la salud. Responda todas las siguientes preguntas encerrando en un círculo "Sí" (S) o "No" (N). Si elige "Sí" (S), brinde información adicional en el espacio provisto.

S	N	¿Recibe actualmente su hijo atención de un médico por un problema médico o quirúrgico?
S	N	¿Tiene su hijo alguna limitación o restricción física?

¿Tuvo o tiene su hijo alguna de las siguientes afecciones? Encierre en un círculo si es una alergia o una sensibilidad.

Elija una sola opción **Si elige "sí", brinde detalles específicos, la fecha y el medicamento.**

S	N	Asma	
S	N	TDA o TDAH (encierre una opción en un círculo)	
S	N	Alergia o sensibilidad a medicamentos (encierre una opción en un círculo)	
S	N	Alergia o sensibilidad a la picadura de abeja (encierre una opción en un círculo)	
S	N	Alergia o sensibilidad a alimentos (encierre una opción en un círculo)	
S	N	Alergias estacionales o ambientales, especificar →	
S	N	Diabetes	
S	N	Infecciones de oído frecuentes	
S	N	Infecciones de vejiga o riñón frecuentes	
S	N	Sangrados nasales frecuentes	
S	N	Convulsiones	
S	N	Dolores de cabeza	
S	N	Presión arterial alta	
S	N	Enfermedades cardíacas	
S	N	Contusión/Lesión en la cabeza que requiere tratamiento médico	
S	N	Antecedentes de desmayarse al hacer ejercicio	
S	N	Operaciones (sin sutura ni laceración)	
S	N	Fracturas (huesos quebrados) o dislocaciones	
S	N	Problemas de habla	
S	N	Problemas de salud mental	
S	N	Problemas auditivos, audífonos/implante/tubos para oídos	
S	N	Problemas visuales, usa anteojos o lentes de contacto	
S	N	Alguna enfermedad crónica/grave que no se haya mencionado arriba	
S	N	* Medicamentos que debe tomar en casa o en la escuela	

* Si tiene que tomar medicamentos en la escuela, **DEBEN** llevarse a la oficina de salud en el envase original con una orden médica. El padre, la madre o el tutor del niño debe completar el formulario de permiso de medicamentos para el estudiante. Las recetas de medicamentos deben renovarse **TODOS** los años escolares o no se autorizará la participación en **NINGUNA** actividad (después de la escuela, excursiones, etc.).

S | N ** Tylenol/Acetaminofén o Motrin/ibuprofeno suministrado por el personal de enfermería cada 4 a 6 horas.

** El médico de nuestra escuela dio órdenes por escrito para que el personal de enfermería suministre la dosis recomendada por el fabricante de los medicamentos de venta libre genéricos Tylenol/acetaminofén o Motrin/ibuprofeno cada 4 a 6 horas cuando sea necesario para dolores menstruales, dolor dental, dolor de oído y fiebre con su permiso y según se considere adecuado en la evaluación del personal de enfermería. El personal de enfermería puede usar intervenciones no farmacológicas pertinentes cuando se indique. Si se solicitan analgésicos con mucha regularidad, se necesitará una orden médica del médico del estudiante para afecciones como dolores de cabeza o enfermedades crónicas. Al firmar este formulario, por el presente, exime de responsabilidad a todo el personal del distrito escolar y a la Junta de Educación (Board of Education, BOE) del Municipio de Pemberton.

Entiendo que es posible que se comparta la información relevante sobre la salud de mi hijo con el personal escolar correspondiente y otros proveedores de atención médica cuando sea necesario. En caso de una enfermedad o lesión grave, solicito que la escuela se comunique conmigo o con el médico designado. Si ninguno está disponible, le doy permiso a la escuela para tomar todas las medidas necesarias para obtener atención de emergencia para mi hijo, incluido llevarlo al hospital. Además, llamaré a la escuela cuando mi hijo se ausente.

Firma: _____ Fecha: _____

Teléfono residencial: _____ Teléfono celular: _____

Nombre del médico: _____ Teléfono del médico: _____

Nombre del dentista: _____ Teléfono del dentista: _____



El personal de enfermería de la escuela se compromete a brindar una atención segura basada en pruebas que se alinee con las regulaciones de Nueva Jersey respecto a la administración de medicamentos en las escuelas. El propósito de los medicamentos en función de la necesidad, como acetaminofén o ibuprofeno, es tratar los síntomas cuando se determina a través de una evaluación de enfermería que el medicamento es clínicamente adecuado y necesario para promover la salud del estudiante y su participación en la escuela.

No toda queja de malestar requiere un medicamento. El personal de enfermería de la escuela usa su criterio profesional para evaluar los síntomas, la condición general y la respuesta a intervenciones sin medicamentos de un estudiante antes de determinar si se justifica el uso de medicamentos. En muchos casos, se pueden usar estrategias como hidratación, descanso, nutrición, estiramiento, reducción del estrés u observación breve para tratar eficazmente síntomas leves.

Este enfoque promueve la seguridad del estudiante y fomenta las habilidades de autocontrol saludable. Además, previene el uso innecesario de medicamentos, que puede ocultar problemas subyacentes, aumentar el riesgo de sufrir efectos secundarios o reacciones alérgicas, y contribuir a la sobremedicación accidental si ya se ha suministrado el medicamento en el hogar.

Nuestro objetivo no es limitar el acceso al tratamiento necesario, sino garantizar que se suministren los medicamentos cuando sea una indicación clínica, de acuerdo con los estándares de enfermería, las regulaciones estatales y las mejores prácticas para la salud y el bienestar del estudiante.

