



Distrito Escolar Regional de Ayer Shirley

Información sobre salud y emergencias SY26-27

Nombre del estudiante: _____ Maestro: _____ Calificación: _____

Por favor, marque con un círculo la escuela a la que asiste su hijo/a: HS MS PH LAW

Los medicamentos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) son aquellos que no requieren receta médica para su compra. En el sistema escolar, se requiere una orden médica para administrar medicamentos OTC en la enfermería. Nuestro médico escolar ha emitido órdenes permanentes para los medicamentos que se enumeran a continuación. Los medicamentos OTC se administrarán de acuerdo con dichas órdenes. *Este formulario de consentimiento paterno es necesario antes de que se pueda administrar cualquier medicamento de venta libre en la escuela.*

*****POR FAVOR, INICIALICE CADA MEDICAMENTO PARA EL QUE ESTÁ AUTORIZANDO SU
USO.*****

_____ Crema de hidrocortisona al 1%	_____ Acetaminofén (Tylenol)
_____ Solución salina oftálmica	_____ Ibuprofeno (Advil, Motrin)
_____ Vaselina o Aquaphor	_____ Difenhidramina (Benadryl)
_____ Caladryl o loción de calamina	_____ Clorhidrato de cetirizina (Zyrtec)
_____ Tabletas antiácidas (Tums)	_____ Gel de aloe vera
_____ Orajel	

El médico de su hijo/a: _____ Teléfono: _____
Dentista de su hijo/a: _____ Teléfono: _____
El oftalmólogo de su hijo: _____ Teléfono: _____

Seguro médico (Marque la casilla):

Plan de Seguridad Médica Infantil _____ Masshealth _____ Seguro Privado _____

Si su hijo necesita seguro médico, comuníquese con la enfermera escolar de su hijo para obtener ayuda.

Historial médico

Por favor, enumere TODAS las afecciones por las que su hijo/a está recibiendo tratamiento actualmente.

¿Su hijo/a padece alguna de las siguientes afecciones?

Asma _____ (Se requiere inhalador y plan de acción para el asma cada año escolar)

Por favor, explique _____

Alergias alimentarias _____ (Se requiere un autoinyector de epinefrina y un plan de acción para alergias cada año escolar) Por favor, explique _____

Alergia a las picaduras de insectos _____ (Se requiere un autoinyector de epinefrina y un plan de acción para alergias cada año escolar) Por favor, explique _____

Otras alergias: Especifique la reacción y el tratamiento

¿Su hijo/a usa anteojos? SÍ _____ NO _____
¿Su hijo/a tiene pérdida auditiva? SÍ _____ NO _____
¿A su hijo/a le han diagnosticado escoliosis? SÍ _____ NO _____

¿Cuándo fue el último examen físico de su hijo/a? _____ (Por favor, entregue una copia a la enfermera si aún no lo ha hecho)

¿Su hijo/a toma algún medicamento de forma regular? En caso afirmativo, ¿por qué motivo? Enumere los medicamentos:

- | | |
|---------------------|--------------|
| 1. Medicación _____ | Motivo _____ |
| 2. Medicación _____ | Motivo _____ |
| 3. Medicación _____ | Motivo _____ |

EXÁMENES DE SALUD ESCOLARES

Por favor **Inicial junto a cada pantalla** por lo cual usted **dar permiso** para que su hijo participe. Si no se firman las iniciales de las pruebas de detección, su hijo no participará en las pruebas de salud escolares seleccionadas.

_____ Examen **de la vista** (Preescolar a 5.º, 7.º y 10.º grado)
_____ Pruebas **de audición** (Grados K–3, 7 y 10)
_____ Evaluación **de altura, peso e IMC** (Grados 1, 4, 7 y 10)
_____ Evaluación **postural** (Grados 5–9)
_____ Cribado **SBIRT**—*Evaluación inicial, intervención breve y derivación a tratamiento.* (Grados 7 y 9)

Si su hijo/a recibe alguna vacuna durante el año escolar, por favor, entregue la documentación actualizada a la enfermería escolar para que se actualice su expediente médico. Tenga en cuenta que los consultorios médicos no suelen enviar informes de exámenes físicos ni registros de vacunación directamente a las escuelas. Es responsabilidad del padre/madre o tutor legal entregar toda la documentación actualizada sobre salud y vacunación a la escuela de su hijo/a.
Inicial : _____

Si su hijo experimenta algún cambio en su estado de salud, condición médica, medicamentos o plan de tratamiento durante el año escolar, notifique a la enfermera escolar lo antes posible. Los proveedores de atención médica no suelen comunicar estos cambios directamente a las escuelas. Es responsabilidad de los padres o tutores asegurarse de que la escuela reciba información actualizada sobre la salud de su hijo para que se le pueda brindar la atención y el apoyo adecuados durante la jornada escolar.
Inicial : _____

Entiendo que la información contenida en el expediente médico escolar de mi hijo/a es confidencial. Sin embargo, las leyes federales y estatales permiten compartir información médica relevante con el personal escolar que tenga una necesidad legítima de conocerla por motivos educativos o de salud, así como con personas que puedan ser necesarias para brindar asistencia en caso de una emergencia médica. En cualquier otro caso, se obtendrá mi consentimiento por escrito antes de divulgar la información médica, a menos que la ley lo permita expresamente.
Inicial : _____

Firma del padre/madre/tutor legal _____ Fecha _____