

ESCUELAS DEL CONDADO DE RUTHERFORD SOLICITUD DE INFORMACION SOBRE LA SALUD

Año Escolar 2017-2018

Estimado Padre/Tutor: Por favor llene esta forma y regrese a la Enfermera de la Escuela lo mas pronto posible. Esta información solamente se compartira con el personal escolar necesario para ayudar a mantener y promover la salud/seguridad del estudiante.

Nombre Estudiante: _____ Sexo: Masculino / Femenino Fecha de Nacimiento: _____
 Escuela: _____ Grado: _ _ _ _ Maestro(a) Principal o del 1er periodo: _____

Escuela a la que asistió el año pasado: _____ Recibe Servicios de Educación Especial: S / N; Tiene un 504: S / N

Si su hijo(a) tiene alguno de los problemas mencionados a continuación, por favor marque "Si" al lado del problema de salud y explique en el espacio provisto:

Enfermedad/Condición	Si	No	Por favor explique/elabore aquí:
ADD o ADHD diagnosticado			¿Que medicamentos han sido recetados para el ADD/ADHD?
Asma (en los últimos 2 años)			i. Usa un inhalador regularmente? S / N i. Otros medicamentos?
Trastorno Sanguíneo o Anemia			¿Que tipo?
Diabetes			Si tiene, Tipo I o Tipo II? (por favor encierre en un círculo) i. ¿Toma medicamento?
Problema Auditivo			
Problema Visual/Ceguera			i. Lentes o contactos? i. ¿Alguna otra condición de los ojos?
Problema del Corazón			
Problema Renal (riones) o Urinario			
Problema Musculoesquelético			
Otras Preocupaciones de Salud			
Otras Condiciones Respiratorias			
Preocupaciones Psicológicas			Si tiene, por favor haga una lista de los medicamentos que toma:
Problemas Estomacales/Intestinales			
Problemas de Convulsiones			Tipo: _____ Fecha del último ataque: _____ Medicamentos: _____ i. ¿Se ordenó Dilantin? S / N; i. ¿Se le ha dado alguna vez? S / N; Última fecha en que le fue dado: _____
Alergias que Ponen en Riesgo la Vida			i. ¿A que? _____ i. ¿Se ordenó EpiPen®? S / N; i. ¿Lo ha usado alguna vez? S / N; Última fecha en que lo usó: _____ i. ¿Le han dado Benadryl con EpiPen®? S / N

Nombre Todas las Alergias (Ejemplo: medicinas, alimentos, picadura de insectos, etc.):

Mencione las Reacciones Alérgicas (urticaria, asma, enrojecimiento, etc.):

¿Su hijo(a) toma medicamentos regularmente o padece de alguna otra condición que no haya sido mencionada arriba? S / N; Si la respuesta fue Si, ¿cuál?

Doctor del estudiante/profesional de la salud: _____ Teléfono: _____

La enfermera escolar pudiera comunicarse con el médico del estudiante si lo considera necesario por algún problema de salud.

Si marco [X] en alguna de las condiciones mencionadas arriba, o si existen otras preocupaciones sobre su salud, es responsabilidad del padre/tutor comunicarse con la enfermera escolar para desarrollar un plan de salud/seguridad para usarse durante el horario/actividades escolares.

He leído y entendido esta declaración.

Nombre del Padre/Tutor (en letra de molde): _____ Firma: _____ Fecha: _____

Por favor vea el otro lado de la forma para las normas relacionadas a los medicamentos que se tienen que tomar en la escuela.

Nombres de los Padres/Tutores: _____ Correo Electrónico: _____

Telefonos: Casa: _____ Celular: _____
 Trabajo/ext: _____

Otras personas que pueden recoger al estudiante en caso de enfermedad o herida:

- | | | | |
|----|---------|-----------------------------|--------------|
| 1. | Nombre: | Relación con el Estudiante: | Teléfono(s): |
| 2. | Nombre: | Relación con el Estudiante: | Teléfono(s): |
| 3. | Nombre: | Relación con el Estudiante: | Teléfono(s): |

PADRES----- ¡POR FAVOR LLENEN LA PARTE DE ATRAS DE ESTA FORMA!

TEACHERS----- PLEASE RETURN FORM TO SCHOOL NURSE ASAP.

Normas Sobre los Medicamentos/Medicinas

Si bajo circunstancias excepcionales un estudiante necesita tomar medicina sin receta o con receta durante las horas de clases y los padres no pueden estar en la escuela para administrar la medicina, solamente el director o su designado ayudaran en la auto-administración de la medicina si el estudiante es competente para auto-administrarsela con ayuda cumpliendo o siguiendo los siguientes reglamentos. Se necesitaran instrucciones por escrito **firmadas por los padres** que incluiran:

1. El nombre del estudiante;
2. Nombre de la medicina;
3. Nombre del medico;
4. Tiempo para ser administrada;
5. Dosis e instrucciones para la administración (las medicinas sin receta deben tener instrucciones en la etiqueta);
6. Posibles efectos secundarios, si se conocen; y
7. Fecha para dejar de administrar la medicina.

La medicina debe entregarse personalmente a la oficina del director por el padre/tutor del estudiante o el adulto designado por el padre/tutor. El padre o tutor es responsable de informar al oficial designado de cualquier cambio en la salud del estudiante o cambio en la medicina.

El administrador/designado:

1. Informara al personal apropiado de la escuela sobre la medicina que debe ser administrada;
2. Mantendra instrucciones escritas del padre en el expediente del estudiante;
3. Mantendra un registro exacto de la administración de la medicina;
4. Mantendra todos los medicamentos en un gabinete cerrado con excepto las medicinas que el estudiante necesite retener por orden del medico;
5. Regresara la medicina no usada a los padres, tutores y/o el adulto designado por el padre o tutor solamente. Si la medicina no se recoge para el final del año escolar la enfermera de la escuela la desechara; y
6. Asegurara que se sigan todas las normas desarrolladas por el Departamento de Salud y el Departamento de Educación.

Una copia de esta politica se proporcionara al padre o tutor al recibir una solicitud para la administración de medicina a largo plazo. El Director de los Servicios de Salud Escolar desarrollara e implementara directrices adicionales para la administración de cualquier medicamento durante el día escolar.

De acuerdo con el protocolo anterior, considere lo siguiente:

NUNCA ENVIE MEDICAMENTOS DE NINGUN TIPO A LA ESCUELA CON SU HIJO(A). En caso que el medicamento haya sido enviado a la escuela con el niño, no se le dara al estudiante la medicina a menos que el padre/tutor/designado por el padre venga a la escuela a verificar y firmar por la medicina con el personal de la escuela.

D Todos los medicamentos prescritos deben traerse a la escuela en su envase original con la etiqueta de la farmacia de acuerdo a la regla 6.405 del RCBOE. Por favor no mezcle medicamentos en el mismo envase. (Usted puede pedirle al farmaceutico que le de un envase extra con etiqueta, uno para la casa y otro para la escuela).

D Los medicamentos prescritos deben ser administrados de acuerdo con las instrucciones descritas en la etiqueta de la farmacia. No se puede alterar ni la dosis ni la frecuencia.

D Se recomienda que todo el medicamento que no necesite prescripción/receta (ejemplo: Tylenol) se traiga a la escuela en el envase original **sellado** del fabricante, que contenga la lista de los ingredientes en la etiqueta y el nombre del estudiante adherido al envase. **No se aceptaran bolsas de plastico/bolsas Ziploc, envases sin etiqueta o medicamentos que hayan expirado/caducado.**

D Todo el medicamento que nose use, se entregara solamente al padre/ tutor/ adulto designado por el padre. Si el medicamento nose recoge en dos semanas de haberse solicitado, **el medicamento sera desechado.** Nose guardaran medicamentos durante el verano; los medicamentos que se dejen al final del año escolar se desecharan antes que comiencen las vacaciones de verano.

He leído las reglas anteriores y comprendo que mi hijo(a) no recibira medicamentos en la escuela a menos que la persona que yo designe o yo mismo, la traiga. Entiendo que me llamaran por telefono para que venga a la escuela a firmar por la medicina que no se haya traído correctamente.

Firma del Padre / Tutor

Fecha

----POR FAVOR LLENEN LA PARTE DE ATRÁS DE ESTA HOJA----