

Entregado a los padres: IHP _____ (IHP rechazado _____) Formulario médico _____ 504 Carta _____

Fecha: _____

El estudiante tiene un: 504 _____ IEP _____

Agregado a Skyward _____

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE SALUD ESTUDIANTIL DE LAS ESCUELAS DEL CONDADO DE SUMNER

Año escolar 2020-21

Estimados padres / tutores: Complete la siguiente información, DELANTERA Y ATRÁS, 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: _____ Sexo: masculino / femenino Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Aula o Maestra del primer período: _____

Escuela a la que asistió el año pasado: _____

El estudiante: Usara el autobus _____ (Número del autobús: AM _____ PM _____) Usara un automóvil _____ Conduce _____ Otro _____

Los padres / tutores son responsables de proporcionar TODOS los medicamentos, incluidos los medicamentos de venta libre (OTC), para 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 hijo, ACTUALMENTE o SOLO EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS, ha tenido alguna de las siguientes condiciones:

Enfermedad / condición	Si	No	Por favor explique / explique aquí:
Diabetes			En caso afirmativo, ¿Tipo I o Tipo II? (por favor circule) ¿Alguna medicación?
Problemas del corazón			
Problemas renales o urinarios significativos			
Asma (en los últimos 2 años)			¿Se usa un inhalador de rescate? S / N ¿Otros medicamentos?
Preocupaciones psicológicas			En caso afirmativo, indique los medicamentos actuales:
Problemas estomacales / intestinales			
Trastorno convulsivo			Tipo: _____ Fecha de la última convulsión: _____ Medicamentos: _____ ¿Se prescribe Diastat? S / N ¿Se ha dado alguna vez? S / N Fecha de la última fecha: _____
Alergias que amenazan la vida			¿A qué? ¿Se prescribe un EpiPen®? S / N ¿Se ha usado alguna vez? S / N Fecha de la última utilización: _____
			¿Benadryl se administra con EpiPen®? S / N

Enumere todas las otras alergias conocidas (es decir, medicamentos, alimentos, nueces, picaduras de abejas, etc.):
Otras preocupaciones importantes de salud:

¿Tiene su hijo una discapacidad física o mental que limita significativamente una o más actividades importantes de la vida? S / N En caso afirmativo, explique:

¿Su hijo toma medicamentos regularmente, no mencionados anteriormente? S / N En caso afirmativo, ¿qué? _____

Médico primario del estudiante: _____ Teléfono: _____

Dentista / ortodoncista del estudiante (si corresponde): _____ Teléfono: _____

Su firma es un consentimiento informado para compartir información del historial de salud con el personal de la escuela según sea necesario para planes de emergencia y planes de salud. La información de salud del estudiante, dentro del entorno escolar, se limita a la información necesaria para servir a los intereses de educación y salud del estudiante. Su firma le da permiso a la enfermera de la escuela para comunicarse con los proveedores de atención médica de su estudiante con respecto a las preocupaciones de salud.

Nombre del padre / tutor: _____ Firma: _____

Fecha: _____ Teléfono de la casa: _____ Celular: _____

Trabajo / extensión: _____

Dirección (es) de correo electrónico de los padres: _____

EL NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

**SUMNER COUNTY SCHOOLS
PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS**

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 con receta y sin receta completos antes de que la escuela pueda administrar medicamentos al estudiante. **Los medicamentos de venta libre / sin receta se administrarán solo de acuerdo con las instrucciones del paquete**, a menos que estén acompañados por una orden del médico 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 la firma de uno de los padres únicamente 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 medicamentos y / o tratamientos alternativos como suplementos herbales, medicamentos homeopáticos, vitaminas, ungüentos, 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 el personal escolar no puede administrarlos de manera segura. ***

.. Los medicamentos matutinos y "1 vez al día" deben administrarse en el hogar. Esto incluye medicamentos de venta libre como Advil y Tylenol.

.. Los antibióticos ordenados **menos de 4 veces** al día **no se administrarán** durante el horario escolar.

.. Los narcóticos **no se administrarán** rutinariamente durante el horario escolar.

.. Se debe completar un nuevo formulario de medicamento **cada año escolar**. Esto incluye pedidos de insulina y medicamentos de emergencia.

.. Las pautas de medicación para las Escuelas del Condado de Sumner no permiten la administración de aspirina o productos que contengan aspirina sin la orden de un médico (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 "salicilato" o "ácido salicílico" o consulte a su farmacéutico. Si estos productos deben administrarse durante el horario escolar, se requerirá una orden del médico.

.. Cualquier cambio en la medicación debe ir acompañado de un nuevo formulario, con los cambios anotados y firmados por el médico. Esto incluye suspender un medicamento diario.

.. Todos los medicamentos no utilizados solo se devolverán al adulto designado por el padre / tutor / padre. Si no se recoge el medicamento 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 quedan al final del año escolar serán descartados después de la salida en el último día completo de instrucción.**

.. **Ningún estudiante debe transportar o poseer medicamentos en la propiedad escolar, aparte de los medicamentos de emergencia permitidos por la ley estatal y la orden del médico (es decir, EpiPen, inhalador de rescate, glucagón, enzimas CF).**

He leído y entiendo la información anterior y soy consciente de que mi hijo no recibirá medicamentos en la escuela a menos que mi designado o yo lo traigamos. Entiendo que se me notificará que venga a la escuela para firmar 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 la enfermera / personal únicamente:

