



# Hoja de información sobre salud de los estudiantes 20\_\_ - 20\_\_

División de Servicios de Salud de las Escuelas del Condado de Scott 2168 Frankfort Pike Georgetown, KY 40324

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Maestro: \_\_\_\_\_

Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Proveedor de atención médica del estudiante: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

### Historia de Salud del estudiante

1. Historia clínica significativa/diagnóstico médico: \_\_\_\_\_

2. Alergias a los medicamentos: \_\_\_\_\_

Alergias alimentarias: \_\_\_\_\_

3. Medicamentos tomados diariamente: \_\_\_\_\_

4. Medicamentos recetados que se administrará en la escuela (debe completar el Formulario de Consentimiento de Medicamentos antes de la administración en la escuela): \_\_\_\_\_

5. ¿Su estudiante tiene alguna de las siguientes condiciones **potencialmente mortales** que pueden requerir tratamiento de **EMERGENCIA** o medicamentos para administrar en la escuela? (se requerirá documentación adicional que incluya formulario de consentimiento de medicamentos, plan de acción de emergencia y plan de salud individual)

Diabetes (glucagón)  Asma (inhalador)  Convulsiones (Diastat)  Alergia grave (Epi-Pen)

### Información del seguro

Proveedor de seguro médico: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

### Autorización de tratamiento de emergencia

Yo, el abajo firmante, autorizo a los funcionarios de las Escuelas Públicas del Condado de Scott a ponerse en contacto con la persona mencionada anteriormente y autorizar al médico o personal de EMS nombrado a prestar tratamiento según se considere necesario en una emergencia, para la salud del niño nombrado. En caso de que el padre/tutor, el médico u otras personas nombradas en este formulario no puedan ser contactados, los funcionarios de las Escuelas Públicas del Condado de Scott están autorizados a tomar cualquier acción que se considere necesaria, a su juicio, para la salud de dicho niño.

No haré que el distrito escolar sea financieramente responsable de la atención de emergencia y/o transporte de dicho niño.

La firma de este formulario liberará a las Escuelas Públicas del Condado de Scott y a los miembros del personal de cualquier responsabilidad de cualquier naturaleza en la asistencia durante una emergencia medial.

Firma de padres/tutores: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

POR FAVOR COMPLETE EL OTRO LADO

Revisado 5/2021 cr

## FORMULARIO DE PERMISO DE MEDICAMENTOS TÓPICOS SIN RECETA

Nombre del Estudiante	Maestro	Fecha de Nacimiento
-----------------------	---------	---------------------

**Como padre/ tutor legal del estudiante mencionado anteriormente, autorizo a la enfermera de la escuela o al designado a darle a mi hijo medicamentos tópicos de ventana libre/over-the-counter (OTC) y sin receta durante el año escolar de acuerdo con la política de medicamentos escolares del condado de Scott a medida que surge la necesidad. *NO SE ACEPTARÁ NINGÚN PERMISO VERBAL***

**Al inicializando los siguientes medicamentos enumerados, estoy certificando que mi hijo ha usado o tomado este medicamento previamente al menos una vez.**

Sí	No		Sí	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Crema de hidrocortisona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gotas salinas (ojos)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diphenhidramina Tópica (Benadryl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orajel / Anbesol
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Loción calamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Peróxido de hidrógeno o aerosol de herida
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ungüento antibiótico (Bacitracina, Sulfato de neomicina, sulfato de polimicina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Crema de quemaduras (Benzalkonium, Lidocaína)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Protector solar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aloe Vera Gel

- ◆ La enfermera/designado utilizará el juicio profesional para determinar si administrar algún medicamento mencionado anteriormente que haya sido rubricado y firmado por el padre/tutor.
  - La enfermera tiene derecho a negarse a administrar cualquier medicamento que crea que no es en el mejor interés del estudiante debido a la dosis, efectos secundarios o cualquier otra preocupación.
- ◆ Los medicamentos mencionados anteriormente PUEDEN SER PROPORCIONADOS por la escuela a la que asiste su estudiante y, si es así, serán apropiados para la edad, y se administrarán de acuerdo con la etiqueta del fabricante.
- ◆ Si se observa que un estudiante solicita medicamentos tópicos OTC con más frecuencia de lo normal, se notificará al padre/tutor para que se pueda implementar una investigación o acción adicional.
- ◆ El permiso para los medicamentos tópicos OTC tendrán que renovarse cada año escolar.
- ◆ El padre/tutor legal puede retirar el permiso firmado con una solicitud por escrito en cualquier momento. Consulte la política de medicamentos para obtener información completa e instrucciones

**HISTORIAL DE MEDICAMENTOS:**

¿Su estudiante es alérgico a algún medicamento tópico?  Sí  NO

En caso afirmativo, enumere los medicamentos y la reacción: \_\_\_\_\_

***Por la presente doy mi permiso para que los medicamentos no recetados iniciales anteriores sean administrados a mi hijo según lo necesite la enfermera de la escuela o el designado. Certifico que mi hijo ha tomado/usado este medicamento anteriormente sin reacciones adversas conocidas. NO haré responsable al personal de la escuela de cualquier reacción no deseada que pueda ocurrir por la administración de dichos medicamentos.***

Firma del padre/tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Enfermera escolar/Fecha \_\_\_\_\_