



# Hoja de Información de Salud para Estudiantes 20\_\_ - 20\_\_

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

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_

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

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

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

Proveedor de Atención Médica del Estudiante: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## Historial Médico del Estudiante

1. Historia clínica significativa / Diagnóstico médico / Hospitalizaciones / Lesiones:

\_\_\_\_\_

2. Alergias a Medicamentos: \_\_\_\_\_ Alergias Alimentarias: \_\_\_\_\_

3. Medicamentos que se Toman Diariamente: \_\_\_\_\_

4. Medicamentos Recetados que se Administrarán 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 que se deben administrar en la escuela? (se requerirá documentación adicional, incluido el formulario de consentimiento de medicamentos, el plan de acción de emergencia y el plan de salud individual)

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

## Información de Seguros

Proveedor de Seguro de Salud: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Número de Póliza: \_\_\_\_\_ Número de Grupo: \_\_\_\_\_

## Autorización / Consentimiento de Tratamiento de Emergencia para Servicios de Salud

Yo, el abajo firmante, por la presente autorizo a los funcionarios de las Escuelas Públicas del Condado de Scott a comunicarse con la persona nombrada anteriormente y autorizar al médico nombrado o al personal de EMS a brindar el tratamiento que se considere necesario en una emergencia, para la salud del niño nombrado. En el caso de que el padre/tutor, 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 responsabilizaré financieramente al distrito escolar por el cuidado de emergencia y / o el 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 para ayudar durante una emergencia médica.

Yo, el abajo firmante, autorizo a la clínica de salud de la escuela a recibir y divulgar información médica / dental y de inmunización sobre mi hijo a los administradores, maestros, terapeutas, trabajadores sociales, médicos de atención primaria, registro de inmunización o proveedor dental de su escuela individual según sea necesario o solicitado para fines de tratamiento y coordinación de atención.

Yo, el abajo firmante, doy mi consentimiento para que el personal profesional de la salud de SCS o el personal capacitado delegado brinde atención a mi hijo, incluidos, entre otros, primeros auxilios, exámenes de la vista y dentales, exámenes, evaluaciones, tratamiento y cualquier otro servicio de salud necesario.

Firma del Padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR, COMPLETE EL OTRO LADO**

Revisado 6/22/22 cr

## FORMULARIO DE PERMISO DE MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE (OTC)

Nombre del estudiante	Maestro	FDN
-----------------------	---------	-----

**Como padre / Tutor Legal del estudiante mencionado anteriormente, autorizo a la enfermera escolar o a la persona designada a darle a mi hijo medicamentos sin receta y de venta libre (OTC) durante el año escolar de acuerdo con la política de medicamentos escolares del condado de Scott según sea necesario. *NO SE ACEPTARÁ NINGÚN PERMISO VERBAL***

**Al rubricar los medicamentos enumerados a continuación, estoy certificando que mi hijo ha usado o tomado este medicamento anteriormente al menos UNA vez.**

SÍ	NO		SÍ	NO	
		Crema de hidrocortisona			Gotas oftálmicas salinas
		Difenhidramina oral (Benadryl)			Vaselina (Vaselina)
		Loción de calamina			Peróxido de Hidrógeno o aerosol para heridas
		Ungüento antibiótico (bacitracina, sulfato de neomicina, sulfato de polimixina)			Gotas para la tos
		Protector solar			Gel de Zabila
		Acetaminofén			Ibuprofeno
		Gotas para la tos			Tabletas antiácidas (Tums)

- La enfermera utilizará el juicio profesional para determinar si debe administrar cualquier 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 lo mejor para el estudiante debido a la dosis, los efectos secundarios o cualquier otra preocupación.
- Los medicamentos mencionados anteriormente PUEDEN SER PROPORCIONADOS por la escuela a la que asiste su estudiante y, de ser así, serán apropiados para su edad y se administrarán de acuerdo con la etiqueta del fabricante.
- Si se observa que los estudiantes solicitan medicamentos más de dos veces por semana, se notificará al padre / tutor para que se pueda implementar una mayor investigación o acción.
- Los medicamentos de venta libre no se administrarán más de tres días consecutivos sin la orden de un médico.
- El permiso para los medicamentos de venta libre deberá 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 de venta libre? \_\_\_\_\_ SÍ \_\_\_\_\_ NO

En caso afirmativo, enumere la medicación y la reacción: \_\_\_\_\_

***Por la presente, doy mi permiso para que los medicamentos sin receta inicializados anteriormente se administren a mi hijo según lo necesite la enfermera de la escuela o la persona designada. Certifico que mi hijo ha tomado/usado este medicamento previamente sin reacciones adversas conocidas. NO responsabilizaré al personal de la escuela por cualquier reacción no deseada que pueda ocurrir por la administración de dichos medicamentos.***

Firma del Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Enfermera Escolar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_