

Escuelas Públicas de Holdrege

2011-12 Información Corriente de Salud del Estudiante

Esta forma deberá de ser completada, firmada, y entregada anualmente para cada estudiante matriculado.
Abbie Soneson, RN, Enfermera Escolar

Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido		Nombre Preferido (Apodo)		Correo Electrónico del Estudiante (Opcional)			
Matriculado en: <input type="checkbox"/> Franklin <input type="checkbox"/> Washington <input type="checkbox"/> Escuela Intermedia <input type="checkbox"/> Escuela Superior <input type="checkbox"/> R7 <input type="checkbox"/> Preescolar						Grado		Celular del Estudiante (Opcional)			
						Nombre del Médico		Fecha del Último Exámen			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		El estudiante tiene alergias a las picadas de abejas o alergias a comidas que ponen su vida en peligro.			Si anota que sí, se le requiere que mande una nota escrita por el médico del estudiante dando instrucciones específicas a la escuela.						
Otras alergias: (favor de especificar)											
Tiene el estudiante (marque todo lo que aplique): <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Condición del Corazón <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Problemas del Riñón <input type="checkbox"/> Infecciones de Oído <input type="checkbox"/> Problemas Ortopédicos <input type="checkbox"/> Problemas Emocionales <input type="checkbox"/> ADD/ADHD <input type="checkbox"/> Otro					Favor de proveer más información sobre las condiciones corrientes/preocupaciones y manejo:						
¿Ha tenido el estudiante algún accidente o enfermedad reciente que lo limite en la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marca sí, favor de explicar:			¿Ha tenido el estudiante alguna cirugía este año pasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marca sí, favor de anotar:			¿Tiene el estudiante algún problema de visión o del oído? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marca sí, favor de explicar:					
Favor de anotar cualquier medicamento(s) que su niño estará tomando en la escuela. <i>Cualquier medicamento tomado en la escuela deberá de estar en su envase original de la farmacia, correctamente rotulado, con el nombre del niño, nombre de la farmacia, nombre del médico, nombre del medicamento, dosis y tiempo de cuando se debe de administrar. Su doctor deberá de mandar además una forma firmada a la escuela. Todo medicamento traído a la escuela deberá de estar en su envase original, aunque sea medicina comprada sin receta. No se administrará ningún medicamento que esté en un sobre o bolsa plástica. Los estudiantes no deberán de tener en la escuela medicina alguna, sea con o sin receta, en su persona o posesión. El único medicamento con excepción a la regla de "no medicamento en su persona" es algún estudiante que necesite utilizar un inhalador recetado para el asma. Nigún remedio herbario será dado en la escuela.</i>						Favor de anotar cualquier medicamento(s) que su niño estará tomando en casa:					
Contacto Padre/Guardián: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2					Contacto Padre/Guardián: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2						
Nombre			Nombre			Nombre			Nombre		
Dirección			Dirección			Dirección			Dirección		
Ciudad		Estado		Código Postal		Ciudad		Estado		Código Postal	
Lugar de Trabajo			Lugar de Trabajo			Lugar de Trabajo			Lugar de Trabajo		
Teléfono Trabajo		Teléfono Casa		Teléfono Trabajo		Teléfono Casa		Teléfono Trabajo		Teléfono Casa	
Teléfono Celular		Correo Electrónico		Teléfono Celular		Correo Electrónico		Teléfono Celular		Correo Electrónico	
Relación al Estudiante			Relación al Estudiante			Relación al Estudiante			Relación al Estudiante		
En Caso de Emergencia		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Yo(Nosotros), como padre(s) o guardián(es) del estudiante mencionado arriba, doy mi (damos nuestro) permiso para llevar a mi (nuestro) niño(a) al cuarto de emergencia del hospital o la oficina del doctor en caso de alguna emergencia en el evento de que yo(nosotros) no esté(amos) disponible(s). Yo(Nosotros) entendemos que se hará todo lo posible para contactar al padre, guardián o contacto de emergencia antes de que algún representante escolar lleve al estudiante a la sala de emergencia o a la oficina de un médico de Holdrege al menos que sea una situación de emergencia.							
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Yo(Nosotros), como padre(s) o guardián(es) del estudiante mencionado arriba, doy(damos) mi(nuestro) consentimiento para que la Enfermera Escolar contacte a un miembro de la facultad escolar que tiene una "necesidad de saber educativa" sobre la condición de salud de mi(nuestro) niño(a). Comprendo que toda información será mantenida confidencial.							
Permiso para dar Medicina No-Aspirina Grados 5-12 Solamente		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Yo(Nosotros) le (doy)damos permiso a las Escuelas Públicas de Holdrege a darle al estudiante mencionado arriba medicamento no-aspirina, como el Tylenol (acetaminofén).							
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									
Firma(s) Padre(s)/Guardián(es)						Fecha					