

Entregado a los padres: IHP _____ (IHP Declined _____) Med Form _____ 504 Letter _____

Fecha: _____

El estudiante tiene un: 504 _____ IEP _____

Añadido a Skyward _____

ESCUELAS DEL CONDADO DE SUMNER FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE SALUD DEL ESTUDIANTE
Año Escolar 2022-23

Estimados padres/tutores: Complete la siguiente información, **FRENTE Y REVERSO**, 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/profesora de 1er periodo: _____

Escuela a la que asistió el año pasado: _____

El estudiante es usara: el autobús _____ (Número de autobús -AM _____ PM _____) Carro _____ 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 SÓLO EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS, ha tenido alguna de las siguientes condiciones:

Enfermedad/Condición	Si	No	Por favor explique/elabore aquí:
Diabetes			En caso afirmativo, ¿Tipo I o Tipo II? (encierre en un círculo) ¿Algún medicamento?
Problemas del corazón			
Problemas renales o urinarios significativos			
Asma (en los últimos 2 años)			¿Se utiliza 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 último dato: _____
Alergias potencialmente mortales			¿A qué?
			¿Se receta un EpiPen®? S/N ¿Se ha usado alguna vez? S/N Fecha de último uso: _____
			¿Se administra Benadryl con el EpiPen®? S/N
Enumere todas las demás alergias conocidas (es decir, medicamentos, alimentos, nueces, picaduras de abeja, etc.):			
Otras preocupaciones de salud significativas:			

¿Su hijo tiene un impedimento físico o mental que limita significativamente una o más actividades importantes de la vida? S / N En caso afirmativo, explique:

¿Su hijo toma medicamentos con regularidad, no mencionados anteriormente?

S/N En caso afirmativo, ¿qué? _____

Doctor primario del estudiante: _____ Teléfono: _____

Especialista 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 s 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 atender los intereses educativos y de 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 problemas de salud.

Nombre del Padre de Familia / Guardian: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Teléfono de casa: _____ Celular _____ Trabajo/Ext: _____

Dirección(es) de correo electrónico de los padres:

EL NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

ESCUELAS DEL CONDADO DE SUMNER

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 de prescripción y de venta libre completos antes de que la escuela pueda administrarle medicamentos al estudiante. Los medicamentos de venta libre/sin receta se administrarán según las instrucciones del paquete únicamente, a menos que vayan acompañados de una orden médica 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 solo requieren la firma de los padres y deben enviarse en una botella sellada y sin abrir. No se aceptarán bolsas Ziploc, botellas sin etiquetar o medicamentos vencidos.

***Tenga en cuenta: no se administrarán en la escuela medicamentos y/o tratamientos alternativos como suplementos a base de hierbas, medicamentos homeopáticos, vitaminas, 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 fácilmente disponibles para los proveedores de atención médica y no serán proporcionados por el personal escolar. ***

- ◆ Los medicamentos de la mañana y “1 vez al día” deben administrarse en casa. 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.
- ◆ No se administrarán narcóticos de forma rutinaria durante el horario escolar.
- ◆ Se debe completar un nuevo formulario de medicamentos cada año escolar. Esto incluye órdenes de insulina y medicamentos de emergencia.
- ◆ Las pautas de medicamentos para las escuelas del condado de Sumner no permiten que se administren aspirinas o productos que contengan aspirinas sin una orden médica (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 médica.
- ◆ 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 a los padres/tutores/persona adulta designada por los padres. Si no se recoge el medicamento dentro de las dos semanas posteriores a la solicitud, o si se suspende el medicamento, se desechará el medicamento. No se almacenará ningún medicamento durante el verano; los medicamentos que queden al final del año escolar se desecharán después de la salida del último día completo de instrucción.
- ◆ Ningún estudiante debe transportar o poseer medicamentos en la propiedad escolar, aparte de los medicamentos permitidos por la ley estatal y la orden médica (es decir, EpiPen, inhalador de rescate, glucagón, enzimas de fibrosis quística).
- ◆ Al mudarse de otro estado, los padres tendrán 30 días para convertir las órdenes existentes a un médico de Tennessee (también se aceptará prueba de cita para especialistas y otros que pueden ser más difíciles de programar).

He leído y entiendo la información anterior y sé que mi hijo no recibirá medicamentos en la escuela a menos que su doctor lo designe o yo traiga los medicamentos. Entiendo que se me notificará para que venga a la escuela a firmar por cualquier medicamento que no se administre correctamente

Firma del Padre / Tutor

Fecha

PADRE/TUTOR POR FAVOR COMPLETE AMBOS LADOS DE ESTE FORMULARIO

Solo notas de enfermera/personal:

