

Escuelas públicas de Le Sueur-Henderson ■ ISD 2397
Información anual de salud/emergencia **PreK - 5th Grade**

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Grado _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre del padre/tutor _____

Teléfono (H) _____ (W) _____ (Celular) _____

Nombre del padre/tutor _____

Teléfono (H) _____ (W) _____ (Celular) _____

Si no se puede comunicar con un padre/tutor, llame a:

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Médico de familia/Proveedor de atención médica _____ Teléfono _____

Dentista de familia _____ Teléfono _____

PREOCUPACIONES DE SALUD

¿Su hijo tiene una condición médica que la escuela debería conocer? Sí ___ No ___

En caso afirmativo, describa:

Asma _____ Discapacidad física _____

Diabetes _____ Audición/visión _____

Trastorno convulsivo _____ ADD/ADHD _____

Condición cardíaca _____ Salud mental _____

Vejiga/intestino _____ Conmociones cerebrales _____

Restricciones dietéticas _____ Dolores de cabeza frecuentes _____

¿Tiene su hijo una alergia diagnosticada médicamente y potencialmente mortal? Sí ___ No ___

Alergias/reacción _____

¿Requiere Epi-Pen? Sí _____ No _____

En el último año, ¿ha tenido su hijo alguna enfermedad, operación o lesión grave? Sí ___ No ___

Especifique: _____

¿Está su hijo tomando medicamentos? Sí ___ No ___ En caso afirmativo, indique el medicamento y la dosis: _____

Recordatorio: ISD 2397 requiere un formulario de "Consentimiento para la administración de medicamentos durante el día escolar" firmado por un proveedor de atención médica con licencia y un padre antes de que se puedan tomar medicamentos recetados (incluyendo insulina, inhaladores, Epi-Pen y medicamentos orales) en la escuela. Consulte las pautas de medicamentos del distrito escolar.

Por favor complete el lado 2
(05/2023)

Escuelas públicas de Le Sueur-Henderson ■ ISD 2397
Información anual de salud/emergencia

Durante el año pasado, ¿ha tenido su hijo alguno de los siguientes?

- ❖ Examen físico por el Dr. _____ Resultado _____ Fecha _____
- ❖ Examen dental por el Dr. _____ Resultado _____ Fecha _____

¿Tiene otras preocupaciones sobre la salud física o el bienestar emocional de su hijo?

Especifique _____

-
- La información proporcionada anteriormente se compartirá de manera confidencial con los miembros del personal apropiados o el personal de emergencia que necesite saber, a fin de satisfacer las necesidades de seguridad y salud del estudiante.
 - Para la seguridad de su estudiante, debe mantener informada a la escuela sobre cualquier cambio en el estado de salud o información de contacto.
 - ISD 2397 puede tomar cualquier medida de emergencia que se considere necesaria para la seguridad del estudiante. En caso de una emergencia médica, un estudiante puede ser transportado al centro médico local. Cualquier cargo incurrido es responsabilidad del padre/tutor. En algunas situaciones, es posible que el personal de la escuela deba comunicarse con los recursos locales de emergencia antes de que se pueda notificar a un padre u otro contacto de emergencia.
 - Si el estudiante viaja en el autobús escolar, es responsabilidad del padre/tutor informar a la compañía de autobuses sobre el estado de salud y el plan del estudiante.
 - Si el estudiante participa en actividades antes/después de la escuela, es responsabilidad del padre/tutor informar al entrenador/supervisor sobre el estado de salud y el plan del estudiante.

NUEVO

Los medicamentos de venta libre estarán disponibles para los estudiantes en la oficina de salud con el permiso de los padres/tutores. A los estudiantes no se les permite llevar medicamentos sin receta en la escuela. Solo se pueden llevar medicamentos de emergencia con una orden del proveedor de atención médica. (Epipen, inhalador, insulina)

**Por favor indique qué medicamento está dando su consentimiento para que su hijo reciba mientras está en la escuela.

**La dosis se basará en el peso.

Tylenol masticable (160 mg/tableta): _____ Ibuprofeno masticable (100 mg/tableta): _____

Pepto Kids masticable: _____ Benadryl masticable (12.5 mg/tableta): _____

Autorización del padre/tutor:

1. Solicito que el medicamento anterior se administre a mi hijo durante el horario escolar regular (sin actividades después de la escuela).
2. Doy permiso para que el medicamento sea administrado por el personal designado como delegado, capacitado y supervisado por la Enfermera Escolar Licenciada.
3. Autorizo a la enfermera escolar con licencia/designado a intercambiar información con el proveedor de atención médica de mi hijo sobre cualquier pregunta que surja con respecto al medicamento mencionado, la condición médica o los efectos secundarios de este medicamento.
3. Libero al personal escolar de la responsabilidad en relación con la administración de este medicamento en la escuela.

*

Firma del padre/tutor

Fecha

***Recordatorio: si su hijo se enferma en la escuela, el procedimiento escolar indica que debe ir a la oficina de salud para una evaluación antes de ser excusado. La enfermera de la escuela o el representante de la oficina de salud llamará al padre/tutor según sea necesario. Una llamada a un padre por parte del estudiante sin seguir este procedimiento se considerará una ausencia injustificada.