

Boston Collegiate Charter School

Tarjeta de Salud para Emergencias para el Año Escolar 2019-2020

Favor de llenar y regresar este formulario a la enfermera escolar lo más pronto posible. Este formulario es válido solo para el año escolar 2019-2020.

El formulario tiene doble cara, favor de llenar ambos lados.

ESTA INFORMACIÓN ES IMPORTANTE EN CASO DE ENFERMEDAD, EMERGENCIA, O UNA SALIDA NO PROGRAMADA DE LA ESCUELA.

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____ Próximo Grado _____

Dirección _____ Código postal _____

Nombre de la mamá _____ Mejor número de teléfono _____

Empleo de la mamá (nombre de la empresa) _____ Teléfono del trabajo _____

Nombre del papá _____ Mejor número de teléfono _____

Empleo del papá (nombre de la empresa) _____ Teléfono del trabajo _____

Mejor Contacto de Emergencia durante el horario escolar:

Nombre _____ Número telefónico _____ Relación al estudiante _____

Idioma principal que se habla en casa: inglés español otro: _____

¿Hay algún problema de custodia de los cuales la escuela debe tener en cuenta? Si es así, por favor explique.

En caso de que no se puede localizar a un padre o tutor, favor de nombrar a dos personas a quien podemos llamar.

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Si la atención médica de emergencia es necesaria y no podemos comunicarnos con usted, usted autoriza a personal de la escuela a iniciar un tratamiento médico? (Por favor marque uno) Sí No

El hospital donde se lleva a su hijo si está enfermo: _____

Información del Seguro Médico

Nombre del aseguradora: _____ Número de Póliza: _____

Nombre del doctor: _____ Teléfono del doctor: _____

Nombre del dentista: _____ Teléfono del dentista: _____

Permiso para la administración de medicamentos sin receta medica

El médico de la escuela permite a la enfermera de la escuela administrar los medicamentos de venta libre (OTC) que figuran a continuación. Cualquier otro medicamento requiere la orden de un médico.

Mi hijo tiene el permiso de tomar los siguientes medicamentos de venta libre (por favor marque):

El acetaminofén (Tylenol) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Antiácidos (Tums/Roloids) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
El ibuprofeno (Motrin/Advil) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Medicina para el Alivio de alergias (Benadryl) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Tenga en cuenta: La enfermera de la escuela puede usar tratamientos de primeros auxilios, incluyendo los tratamientos tópicos para erupciones cutáneas alérgicas, picaduras de insectos, dolor de dientes, infecciones de heridas de menor importancia-y quemaduras menores a menos se indique lo contrario por el padre / tutor.

Firma del padre de familia o tutor: _____ **Fecha:** _____

Los medicamentos recetados: Por favor indique la prescripción y otros medicamentos que toma su hijo incluyendo tratamientos a base de hierbas.

Dosis y Nombre del Medicamento	Razón	En Casa	En la Escuela*

*Ojo: Cualquier medicamento que su hijo se tomará dentro del horario de la escuela requiere una receta médica escrita por un médico o enfermero especializado (MD/NP) para el expediente de su hijo/a en la escuela. Favor de devolver el formulario debajo.

Historia de la Salud: Alergias Amenazantes para la vida y otras alergias. Indique si su hijo/a tiene una alergia verificada de un médico. En caso afirmativo, proporcione a la enfermera de la escuela documentación oficial del médico de su hijo/a y un Plan de Atención de Emergencia. Se requieren recetas escritas para todos Epi Pen, Benadryl y los inhaladores.

<input type="checkbox"/> Las picaduras de abeja	<input type="checkbox"/> Comida(s) específica (s), favor de indicarla:
<input type="checkbox"/> Cacahuates	<input type="checkbox"/> Medicación(es), favor de indicarla:
<input type="checkbox"/> Nueces de árbol	<input type="checkbox"/> Otra, favor de indicarla:
<input type="checkbox"/> Intolerancia a la lactosa	<input type="checkbox"/> Estacional / Ambiental, favor de indicarla:

Describe los síntomas de reacción alérgica de su hijo/a: _____

Indica el tratamiento para la reacción alérgica en la escuela: _____

** Si el niño tiene alguna alergia que amenaza la vida, adjunte el plan de asistencia de emergencia.

¿Se requiere Epi Pen? Sí No ¿Su hijo/a lleva su propia Epi Pen? Sí No

¿Se requiere Benadryl? Sí No **Inhalador para el asma (véase el formulario)**

¿Se ha utilizado alguna vez la Epi Pen? Sí No Sí No

¿Se ha utilizado alguna vez Benadryl? Sí No

Enfermedades o condiciones crónicas - ¿Tiene su hijo/a actualmente cualquiera de las siguientes enfermedades o condiciones?

<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Aparatos dentales/ortodoncia	<input type="checkbox"/> Problemas urinarios
<input type="checkbox"/> G6PD	<input type="checkbox"/> Células falciformes	<input type="checkbox"/> Problemas de la piel
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Problemas de huesos o articulaciones	<input type="checkbox"/> La anemia
<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Problema de corazón	<input type="checkbox"/> Visión: lentes/lentes de contacto
<input type="checkbox"/> Problemas intestinales, especificar a continuación:	<input type="checkbox"/> Otra condición dental, especificar a continuación:	<input type="checkbox"/> Otra condición, especificar a continuación:

Por favor anote cualquiera enfermedad de que su hijo/a está recibiendo tratamiento:

¿Su hijo ha tenido una cirugía o lesión importante en el último año? Especificar: _____

¿Su hijo tiene alguna limitación física o de dieta?: _____

(Tenga en cuenta que se requiere una nota del médico de su hijo/a para justificar la falta de un niño a una actividad de la escuela, incluyendo la educación física, y para el uso del baño frecuente.)

¿Alguna información sobre el estado físico o emocional de su hijo/a para ayudarlo a tener una educación más productiva? _____

Otra Información Médica:

Por favor, identifique cualquier otro problema de salud que tiene para su hijo/a que le gustaría que la enfermera de la escuela sepa. Si desea que la enfermera de la escuela se ponga en contacto con usted para hablar de los problemas de salud de su hijo/a, indique tal circunstancia a continuación: _____

Información Confidencial: Doy permiso a la enfermera de la escuela para compartir información sobre la salud de mi hijo, en base a la necesidad de conocer, con su / sus profesores y entrenadores. Sí No

La liberación de información del proveedor de cuidado de la salud: Doy a la enfermera de la escuela el permiso para intercambiar información con el médico de mi hijo. Entiendo que puedo limitar o revocar este consentimiento en cualquier momento. Sí No

Firma del Padre de Familia o Tutor: _____ **Fecha:** _____