

Información de Salud para la Enfermera Escolar (Tarjeta de Emergencia)

Estudiante: _____ / _____ / _____ / _____ Masculino
Apellido(s) Primer Nombre Fecha de Nacimiento Grado Femenino

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Padre/Madre/Tutor:

_____ / _____ / _____ / _____ / _____
 Nombre Relación Teléfono del Trabajo Teléfono de casa Teléfono celular

_____ / _____ / _____ / _____ / _____
 Dirección Ciudad Código Postal

_____ / _____ / _____ / _____ / _____
 Correo Electrónico Profesión

Padre/Madre/Tutor (si es diferente de lo anterior):

_____ / _____ / _____ / _____ / _____
 Nombre Relación Teléfono del Trabajo Teléfono de casa Teléfono celular

_____ / _____ / _____ / _____ / _____
 Dirección Ciudad Código Postal

_____ / _____ / _____ / _____ / _____
 Correo Electrónico Profesión

Indique a continuación tres personas que tienen su permiso para recoger a su hijo(a) de la escuela y tomar decisiones con respecto a su hijo(a) en caso de que no podamos comunicarnos con usted.

<u>Nombre de la Persona</u>	<u>Relación</u>	<u>Teléfono</u>
1. _____	/ _____ /	_____
2. _____	/ _____ /	_____
3. _____	/ _____ /	_____

Cada escuela tiene una enfermera asignada y primeros respondedores entrenados en RCP y primeros auxilios. La enfermera algunas veces no está en la escuela. En caso de emergencia, el personal de la escuela llamará al 911 y seguirá las instrucciones. Haremos todo lo posible por comunicarnos con los padres, tutor o un contacto de emergencia designado.

Elección de Hospital _____ **Nombre del Dr(a).** _____ **Tel. del Dr(a).** _____

Seguro de salud/Medicaid

Doy mi consentimiento para que una enfermera del Distrito Escolar del Condado Charleston (CCSD) proporcione medicamentos de rutina y emergencia siguiendo la póliza de CCSD, servicios de atención de accidente y lesión (servicios no-IEP de enfermería) para mi niño(a), intercambiar información sobre el servicio proveído además del nombre de mi hijo(a), su fecha de nacimiento, número de Medicaid ó seguro de salud, género, y mi información de contacto a la Agencia de Medicaid. (Departamento de salud y servicios humanos), para pasar la factura y cobrar por los servicios de enfermería de la Agencia de Medicaid. Tengo entendido que el reembolso de Medicaid por servicios de enfermería no-IEP proveídos por CCSD no afectará otros servicios de Medicaid para los cuales mi niño(a) es elegible. CCSD continuará proveyendo servicios de enfermería no-IEP a mi hijo(a) sin costo para mí aunque me niegue a permitir las facturas por servicios. Otorgar consentimiento es voluntario y puede ser revocado en cualquier momento. La revocación no es retroactiva. El distrito funcionará bajo las directrices del Acta de Derechos de la Familia Educativos y de Privacidad (FERPA por sus siglas en inglés) para garantizar la confidencialidad con respecto al tratamiento de mi hijo(a) y la provisión de servicios de enfermería no-IEP.

Nombre del Padre/Madre/Tutor/Estudiante (si tiene 18 años) en letra de molde: _____

Firma _____ **Fecha** _____

Información de Salud para la Enfermera Escolar (Tarjeta de Emergencia)

Estudiante: _____	/	_____	/	_____	/	_____	<input type="checkbox"/> Masculino
Apellido(s)		Primer Nombre		Fecha de Nacimiento		Grado	<input type="checkbox"/> Femenino

Procedimientos médicos/medicamentos: (Poliza de CCSD JLCD-Ayuda a los estudiantes con medicamentos). Cualquier medicamento con receta o procedimiento médico (control de azúcar en la sangre, tubo de alimentación) administrado en la escuela o relacionado con las actividades de la escuela deben estar acompañados por escrito por órdenes de un médico con licencia. Medicamentos sin receta limitados pueden ser administrados por la enfermera de la escuela con el consentimiento de los padres. Complete el consentimiento a continuación. Toda la información a continuación es confidencial para la enfermera de la escuela y puede ser compartida si es necesario para la seguridad de los estudiantes.

Exámenes: Las enfermeras de las escuelas de CCSD hacen exámenes de la vista, de los oídos, de presión arterial, de índice de masa corporal y exámenes dentales, si el tiempo lo permite, basados en recomendaciones de DHEC (Departamento de Salud). Comuníquese con la enfermera de su escuela si desea que su hijo(a) participe. Head Start y Early Head Start siguen los requisitos del programa para los exámenes de la vista, presión arterial, índice de masa corporal, dentales, plomo y desarrollo.

Medicamentos sin receta médica	MARQUE O FIRME CON LAS INICIALES PARA CADA UNO	Doy mi consentimiento para que la enfermera del Distrito Escolar del Condado de Charleston administre los medicamentos sin receta como se indica a continuación. Se administrarán los medicamentos siguiendo la poliza JLCD. _____ Ibuprofeno _____ Acetaminofén _____ Cream Hidrocortisona _____ Crema Anti-hongos _____ Crema Antibiótica
Consentimiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	Doy mi consentimiento para que la enfermera de la escuela intercambie información con el proveedor de atención médica de mi hijo(a) con el fin de satisfacer las necesidades de salud de mi hijo(a).

HISTORIAL DE SALUD

ADD/ADHD (Atención, Hiperactividad)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Toma medicamentos en casa <input type="checkbox"/> Necesita medicamentos en la escuela: _____ Nombre del doctor(a) para ADD/ADHD: _____
Alergias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Medioambiental/estacional <input type="checkbox"/> Toma medicamentos en casa <input type="checkbox"/> Necesita medicamentos en la escuela <input type="checkbox"/> Severo (que amenaza la vida) a _____ <input type="checkbox"/> Medicamentos de emergencia (Epi-Pen/ Auvi-Q) <input type="checkbox"/> No tiene epinefrina en la escuela Última fecha que usó el Epi-Pen ___/___/___ Nombre del doctor(a) para alergias: _____
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Medicamentos diario <input type="checkbox"/> Inhalador de rescate <input type="checkbox"/> Nebulizador de rescate <input type="checkbox"/> No usa/tiene un inhalador Nombre del doctor(a) del asma: _____
Cardíaco (Corazón)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Toma medicamentos en casa <input type="checkbox"/> Necesita medicamentos en la escuela : _____ Nombre del doctor(a) del corazón: _____
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2 <input type="checkbox"/> Chequeo de glucosa <input type="checkbox"/> Medicamentos orales <input type="checkbox"/> Conteo de Carbohidratos <input type="checkbox"/> Toma insulina <input type="checkbox"/> Inyecciones <input type="checkbox"/> Bomba <input type="checkbox"/> Glucagón Nombre del doctor(a) _____
Epilepsia (Convulsiones)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Medicina diaria <input type="checkbox"/> Diastat <input type="checkbox"/> Otras necesidades/tratamientos <input type="checkbox"/> Fecha de la última convulsión ___/___/___ Nombre del doctor(a) para epilepsia: _____
Anemia de Células Falciformes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Rasgo <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Toma medicamentos en casa <input type="checkbox"/> Necesita medicamentos en la escuela <input type="checkbox"/> Última fecha de haber sido internado(a) en el hospital ___/___/___ Nombre del doctor(a) de anemia de células falciformes: _____
Limitación Física	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	Tipo _____ <input type="checkbox"/> Limitaciones <input type="checkbox"/> Asistivo Dispositivo requerido <input type="checkbox"/> Toma medicamentos en casa <input type="checkbox"/> Necesita medicamentos en la escuela Nombre del doctor(a): _____
Consideración de Salud Mental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	Tipo _____ <input type="checkbox"/> Toma medicamentos en casa <input type="checkbox"/> Necesita medicamentos en la escuela Nombre del doctor(a): _____
Consideración de Oídos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Audífono <input type="checkbox"/> Implante coclear <input type="checkbox"/> Otro
Consideración de la Vista	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Gafas (lectura) <input type="checkbox"/> Gafas (distancia) <input type="checkbox"/> Lentes de contacto <input type="checkbox"/> Otro
Consideración de Alimentación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Tragar <input type="checkbox"/> Alimentación por G- sonda gástrica en la escuela
Consideración de Excreción	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Pañales <input type="checkbox"/> Cateterismo en la escuela <input type="checkbox"/> Encopresis
Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	Describe: _____

Firma del Padre/Madre/Tutor _____ **Fecha** _____