

# Elko County School District Annual Student Health Update

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_ sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Bus mi niño paseos: \_\_\_\_\_

## MEDICAMENTOS

La ley estatal requiere una orden escrita de consentimiento desde un proveedor de salud y padres antes de cualquier medicamento (prescripción o de venta libre) puede darse en la escuela. La enfermera tiene formularios disponibles. Todos los medicamentos deben almacenarse en la oficina de salud escolar.

Los estudiantes se les permite llevar a mano los medicamentos de emergencia prescritas, como un inhalador, un Epi-pen o suministros para la diabetes cuando los formularios requeridos son completados por el médico del estudiante y el padre / tutor. La enfermera tiene formularios disponibles.

La medicación necesaria en la escuela:

La medicación necesaria en casa:

## CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE

Enfermeras de ECSD pueden administrar acetaminofeno (Tylenol) e ibuprofeno (Advil) para enfermedades menores. Antes de dar su hijo algún medicamento, la enfermera revisa el historial médico de su hijo para las condiciones, alergias y cualquier otro medicamento que su hijo está tomando para asegurarse de que no hay conflicto. Siempre usted será notificado inmediatamente de cualquier enfermedad o lesión grave. Por favor notifique a la enfermera si su hijo ha recibido alguna medicacamento antes de llegar a la escuela.

### Reglamento para medicamentos de venta libre

	Edad	Dosificación
Acetaminofeno (paracetamol)	5-11 Años	325 mg (una pastilla) por vía oral, cada 4-6 horas según sea necesario.
	12 + Años	325 mg (una - dos pastillas) por vía oral cada 4-6 horas según sea necesario.
Ibuprofeno	< 12 años y el peso es > 44 libras	200 mg (una pastilla) por vía oral cada 4-6 horas según sea necesario
	12 + Años	200 mg (una - dos pastillas) por vía oral cada 4-6 horas según sea necesario.

### Los medicamentos no se puede dar sin el consentimiento escrito de los padres

Por favor marque SÓLA UNA:

Doy permiso para que las enfermeras de ECSD administren los medicamentos mencionados arriba, pero solo las dosis indicadas.

○

Doy permiso para que las enfermeras de ECSD administren estos medicamentos a mi hijo, pero sólo si estoy en contacto primero.

○

NO doy permiso para que cualquiera de las medicamentos mencionados arriba se le de a mi hijo.

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre/tutor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\* Los siguientes medicamentos también se proporcionan en la oficina de enfermeras con la autorización de un proveedor de atención médica local para ser utilizado para las lesiones / síntomas que ocurren durante el día escolar: colirio de solución salina estéril, pastilla de tos / garganta y gargarismo de agua salada. Estos medicamentos de venta libre se administrarán a discreción de la enfermera de la escuela.

## Emergencias médicas / divulgación de información médica

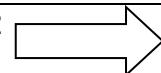
En el caso de una emergencia médica, personal de la escuela hará todo lo posible para ponerse en contacto con los padres. Información sobre la salud del estudiante será compartida con el personal de emergencia.

Información de la salud del estudiante se compartirán con el personal de la escuela sólo si la información es necesaria para satisfacer las necesidades de la salud, la seguridad o la educación del estudiante.

## Exámenes de salud escolar

Proyecciones de visión, audición, dentadura y escoliosis, así como mediciones de altura y peso, se proporcionan a los alumnos de varios grados. Los padres deben presentar una declaración escrita a la enfermera anualmente para excusar a su hijo de exámenes de salud.

Por favor llene la página 2



## Elko County School District Annual Student Health Update

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Los padres/tutores son responsables de notificar a la escuela si hay una nueva o existente condición de salud. Esto ayuda a asegurar que su hijo reciba una atención segura y apropiada en la escuela.*

SÍ	NO	CONDICIONES DE SALUD
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Recientemente su hijo ha sido tratado por una lesión o enfermedad? (describir):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>ADD</b> <b>ADHD</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Alergias:</b> <input type="checkbox"/> Comidas (Por favor indique): _____ <input type="checkbox"/> Abeja <input type="checkbox"/> Las alergias de drogas (por favor indique) _____ <input type="checkbox"/> Otros (por favor indique) _____  Por favor describa la reacción: _____  Tiene su hijo un Epi-Pen prescrito para las alergias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si: <input type="checkbox"/> Escuela contará con Epi-Pen <input type="checkbox"/> Epi-Pen será llevada por el estudiante  <i>Todos los estudiantes con alergias amenazando la vida necesitan un <u>Plan de manejo de alergia</u> completado por el proveedor de atención médica y el padre/tutor. Por favor solicitar el formulario de la enfermera de su escuela.</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Asma:</b> Por favor marque la casilla que mejor describa a su hijo: <input type="checkbox"/> Utiliza inhalador de rescate 2 días o menos por semana <input type="checkbox"/> Utiliza inhalador de rescate más de 2 días por semana, pero no diarios <input type="checkbox"/> Utiliza inhalador de rescate diariamente <input type="checkbox"/> Utiliza inhalador de rescate varias veces al día <input type="checkbox"/> La escuela contará con inhalador <input type="checkbox"/> Estudiante llevará un inhalador <input type="checkbox"/> Ningún inhalador necesario en la escuela  <i>Todos los estudiantes usando inhaladores en la escuela necesitan un <u>Plan de manejo del asma</u> completado por el proveedor de atención médica y el padre/tutor. Por favor solicitar el formulario de la enfermera de su escuela.</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Diabetes:</b> <input type="checkbox"/> <b>Tipo 1</b> <input type="checkbox"/> <b>Tipo 2</b> <i>Todos los estudiantes con diabetes necesitan un <u>Plan de manejo de Diabetes</u> completado por el proveedor de atención médica y el padre. Por favor solicitar el formulario de la enfermera de su escuela.</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Deficiencia auditiva o pérdida completa</b> (describa):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Problemas cardiacos</b> (describa):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Problemas músculo/hueso/articulación</b> (describa):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Migrañas</b> (diagnosticado por un profesional de la salud):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Trastorno neurológico</b> (describa):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Problemas psicológicos, emocional/conductual</b> (describa):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Trastorno convulsivo</b> (describa): ¿Con qué frecuencia se presentan convulsiones? ¿Cuándo fue la última convulsión?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros problemas de salud que pueden afectar al niño en la escuela (describa):

**Por favor notifique a la escuela de cualquier cambio en la salud de su hijo durante el año escolar.**