

Escuelas Públicas de Northampton

Departamento de Servicios de Salud
380 Elm Street, Northampton, MA 01060
587-1364

FORMULARIO DE SALUD/EMERGENCIA

Por favor llene este Formulario de Salud/Emergencia y devuélvalo a la escuela inmediatamente. Si alguna información cambia durante el año escolar, por favor informe a la Enfermera Escolar

Nombre del Estudiante

Apellido *nombre* *inicial* *FECHA DE NAC.*

Sexo: M / F Grado: # de Salón Hogar Teléfono: _____

Dirección _____

Calle

Ciudad

Código Postal

Información del Padre/Tutor:

Contacto Primario:

Es esto:

Nueva Dirección si no

Nuevo Teléfono si no

Nombre: _____ Relación con el Estudiante: _____

Dirección: _____

Teléfono del Hogar: _____ Trabajo _____ Celular _____

Correo electrónico: _____

Contacto secundario:

Nombre: _____ Relación con el Estudiante: _____

Dirección: _____

Teléfono del Hogar: _____ Trabajo _____ Celular _____

Nombres de otras personas que asumirán responsabilidad o proveerán transportación sin no podemos ponernos en contacto con los padres en caso de emergencia:

Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____ #Teléfono _____

Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____ #Teléfono _____

Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____ #Teléfono _____

Nombre de hermanos en la escuela: _____ Escuela: _____

En caso de emergencia: la escuela intentará llamar a los padres antes de llamar al médico. Si fuera necesario su hijo será transportado en ambulancia a un hospital.

- Yo doy permiso para que la enfermera escolar comparta información relacionada con la condición de salud de mi hijo con el personal escolar apropiado cuando sea necesario para la salud y seguridad de mi hijo mientras él/ella esté en la escuela.
- Yo doy permiso para que la enfermera escolar comparta información relacionada con la salud de mi hijo con los proveedores de cuidados de la salud, para una remisión, diagnóstico o tratamiento durante este año escolar
- En caso de emergencia, yo doy permiso al hospital o médico para proporcionar tratamiento de emergencia a mi hijo/a.

Firma del padre o tutor _____ fecha _____

Firma del padre o tutor _____ fecha _____

← Continúa Detrás →

Student last name, first

Médico Primario: _____ Teléfono _____

Dentista/Ortodoncista: _____ Teléfono _____

Por favor mencione todos los medicamentos que toma el estudiante: _____

Condiciones de Salud _____

¿Su hijo tiene asma? **SÍ NO**

¿Su hijo usa un inhalador para el asma? **SÍ NO** ¿De qué tipo? (circule) **Flovent Albuterol Xopenex Otro** _____

Si es así, debe traer uno a la oficina de salud con una orden del médico y un permiso de los padres

¿Sufre su hijo de alguna alergia que amenaza su vida? **SÍ** **NO**

Si es así, ¿a qué es alérgico? _____

¿Tiene su hijo un "epi-pen"? **SÍ** **NO** *Si es así, debe traer uno a la oficina de salud con una orden del médico y un permiso de los padres*

Otras Alergias: (por favor enumere):

Alimentos _____ Medicamentos _____ Otras _____

¿Ha sufrido su hijo alguna enfermedad/herida significativa durante los pasados 12 meses? _____

Seguro de Salud: Privado _____ MA Health _____ Ninguno _____

FORMULARIO DE PERMISO PARA MEDICAMENTOS SIN RECETA

Yo doy permiso para que la enfermera/a o substituta escolar le administre los siguientes productos sin receta a (estudiante): _____ de acuerdo con los protocolos establecidos por el doctor escolar Dr. Johanson.

Sábila: para aliviar las molestias de quemaduras leves.

Bactine: usado para limpiar heridas menores y perforaciones.

Loción de Calamina: usado para el alivio del picor debido a picaduras de insectos y plantas venenosas o para irritaciones menores de la piel.

Solución salina oftálmica: usada para enjuagar los ojos o los lentes de contacto.

Agua Oxigenada: 1/2 potencia - usada para limpiar heridas profundas y/o muy contaminadas.

Enjuagador bucal sin alcohol: usado para enjuagar perforaciones en la boca.

Loción de manos sin fragancia

Benzocaína: anestésico oral tópico, usado para dolores menores en las encías o dolor de dientes/muelas.

Bloqueador Solar (cualquier marca) SPF 45 o mayor: para prevenir quemaduras de sol durante actividades al aire libre durante las horas escolares.

Yo he tachado los productos que no deseo que se le administren. Entiendo que yo puedo llamar a la enfermera escolar para más información. Hasta donde tengo conocimiento, mi hijo/a no tiene alergias o susceptibilidad a ninguno de los productos mencionados arriba. **Este formulario debe ser renovado todos los años.**

Todos los demás medicamentos requieren una orden escrita por el médico y un permiso escrito por los padres. Por favor comuníquese con la enfermera escolar para información adicional y la debida documentación.

Firma del Padre o Tutor _____ **Fecha** _____

