



**Complete las siguientes preguntas sobre preocupaciones de salud que pertenecen**

¿Medicación **diaria**? En casa  Si  No Si respuesta es afirmativa, enumerar la medicación abajo  
En escuela  Si  No Si respuesta es afirmativa, enumerar la medicación abajo y **linotifique a la enfermera**  
Solo de emergencia  Si  No Lista de medicamentos de emergencia \_\_\_\_\_

Nombre de la medicacion diaria: \_\_\_\_\_ Dosificación: \_\_\_\_\_ Tiempos tomados: \_\_\_\_\_

Razon: \_\_\_\_\_ Hora de la última dosis: \_\_\_\_\_

Nombre de la medicacion diaria: \_\_\_\_\_ Dosificación: \_\_\_\_\_ Tiempos tomados: \_\_\_\_\_

Razon: \_\_\_\_\_ Hora de la última dosis: \_\_\_\_\_

Nombre de la medicacion diaria: \_\_\_\_\_ Dosificación: \_\_\_\_\_ Tiempos tomados: \_\_\_\_\_

Razon: \_\_\_\_\_ Hora de la última dosis: \_\_\_\_\_

**Adjunte hoja adicional si necesita mas espacio**

Ojos:  Gafas  Leyendo  Distancia  Contactos  Cruzado  Ojo perezoso  Otro, explique \_\_\_\_\_

Orejas:  Infecciones frecuentes  Tubos  Dificultado audifono  Explique \_\_\_\_\_

Audiofono  Derecha  Izquierda Usa para escuela:  Si  No

Lista de enfermedades infantiles, enfermedad graves, lesiones y cirugías: \_\_\_\_\_

Requiere atención médica especial, por favor explique: \_\_\_\_\_  
Ejemplo: cateterismo urinario, alimentación por sonda, inyecciones, prueba de POC

Procedimientos especiales requeridos: \_\_\_\_\_

Otra información o preocupaciones de salud: \_\_\_\_\_

Si su estudiante requiere medicamentos de rutina en la escuela, por favor obtenga los formularios apropiados en la oficina/clínica de la enfermera de la escuela. La información de salud será compartida solamente con las personas enumeradas por el padre/guardián en este formulario y el personal de la escuela en una necesidad de saber base.

Por la presente autorizo a la enfermera de la escuela u otro personal de la escuela designado para administrar medicamentos a administrar **acetaminofen** (Tylenol®), **ibuprofeno** (Advil/Motrin®), **antiácido cálcico** (Tums®), **difenidramina** (Benadryl®) u otros **primeros auxilios sin receta Medicamentos**, po mi estudiante **con las siguientes EXCLUSIONES:**

**NO DES:** \_\_\_\_\_

**Razón:** \_\_\_\_\_

Además, en el caso de una emergencia, autorizo al personal de la escuela a compartir información de salud con el personal de emergencia, médico, cirujano, hospital/personal médico o dentista involucrado en el tratamiento de mi hijo y entiendo que mi hijo puede ser transportado por servicios médicos de emergencia. También autorizo a cualquier médico, cirujano, dentista u otro personal médico del centro médico más cercano, a \_\_\_\_\_

Administrar cualquier tratamiento, procedimiento o medicina de emergencia necesarios y recomendables. También autorizo el uso de una ambulancia, \_\_\_\_\_

Si es necesario, para transportar a mi hijo. Además, acepto pagar por todos los servicios proporcionados a mi hijo.

X  
Firma del padre /legal tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

  
**Neosho Hospital**

**Autorizo al permiso del Distrito Escolar de Neosho a entregar al Clínica de Freeman Anderson cualquiera o todos los registros médicos, incluyendo este Inventario de Salud del Estudiante, en mi hijo / estudiante o yo mismo (si soy un adulto o un menor consentido bajo la ley de Missouri) Para tratar y para la continuidad del cuidado.**

X  
Firma del padre/tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_