

Nombre Legal: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____
Ultima Primero MI

Gender: Hembra Masculino Profesor (si se aplica): _____

Padres/Guardián: _____ Relación: _____

Trabajo #: _____ Casa #: _____ Teléfono móvil #: _____

Vive con? Si No Póngase en contacto primero con este padre: Si No

Padres/Guardián: _____ Relación: _____

Trabajo #: _____ Casa #: _____ Teléfono móvil #: _____

Vive con? Si No Póngase en contacto primero con este padre: Si No

Contacto de emergencia: _____
Nombre Relación Nombre Relación

Teléfono #: _____ Teléfono #: _____

Nombre del doctor: _____ Fecha del examen último de del niño: _____

¿Donde se debe tomar su hijo en caso de emergencia? _____
(Ejemplo: Clinic, ER, Urgente/Express Care)

Nombre del dentista: _____ Fecha del último examen dental: _____

¿Está su hijo bajo el cuidado de un ortodoncista? Si No

Hace su hijo/estudiante tiene: ¿Seguro de salud privado? Si No Carne de identidad #: _____ Grupo #: _____

Medicaid o MO HealthNet para Niños (MHK)? Si No Medicaid #: _____

Plan de grupo de prescripción #: _____ Preferencia hospitalaria: _____

¿Su hijo tiene alguna de las siguientes condiciones diagnosticadas por un proveedor? Encaso afirmativo, sirvase proporcionar detalles en los espacios proporcionados.

Alergias a la medicación Si No Por favor enumere _____ ¿Peligroso para la vida? Si No
 Alergias a los alimentos Si No Por favor enumere _____ ¿Peligroso para la vida? Si No
 Alergias a insectos/abejas Si No Por favor enumere _____ ¿Peligroso para la vida? Si No
 ¿Hizo alguna de las anteriores exigir tratamiento emergencia? Si No EpiPen? Si No

Asma Si No ¿Medicamentos que se necesitan en la escuela? _____
 Asthma triggers: _____ (Lista hogar medications en espalda).

Diabetes Si No Tipos 1 _____ Tipos 2 _____ ¿Medicamentos orales o insulina? _____
 Controles necesari azúcar en la sangre? Si No (Por favor proporcione a los médicos plan cuidado wescrito de).

Epilepsia/convulsiones Si No Describir las convulsiones: _____
 Medications for seizures: _____

Problemas cardiacos Si No _____

Problemas óseos/articulares Si No _____

ADD/ADHD Si No _____

Hemorragias nasals Si No _____

Apetito Si No _____

Dormir Si No _____

Vejiga/intestine Si No _____

Menstruación Si No _____

Por favor complete el frente y la espalda y VUELVA A SU ENFERMERA DE LA ESCUELA.

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
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: _____

IEP? Si No Diagnóstico: _____ 504? Si No Diagnóstico: _____

Procedimiento para la Administración de Medicamentos

1. Todos los medicamentos que se administran rutinariamente deben estar en el envase original con la fecha actual. Etiquetados con: nombre, ruta, dosis / cantidad, tiempo, nombre de la medicación debe ser clara, fácil de ver y legible. Cantidad verificada, y permiso obtenido. Las dosis no pueden exceder las recomendaciones del fabricante.
2. Los medicamentos OTC deben ser proporcionados por los padres / tutores si se administran rutinariamente. Debe ser llevado a la oficina de salud en el envase original. Cantidad verificada, y permiso obtenido. Las dosis no pueden exceder las recomendaciones del fabricante.
3. Los medicamentos del hogar no serán compartidos con otros estudiantes. Sólo se les puede dar al estudiante cuyo nombre aparece en la botella.
4. La enfermera usará juicio razonable y prudente para determinar si administrar o no un medicamento en particular. Por favor recuerde informar a la enfermera a qué hora se le administró la dosis de la última.

Por la presente autorizo a la enfermera de la escuela u otra escuela designada a administrar medicamentos a administrar **acetaminofeno** (Tylenol®), **ibuprofeno** (Advil / Motrin®), **antiácido cálcico** (Tums®), **difenidramina** (Benadryl®) u otros **medicamentos de primeros auxilios sin receta**, a mi estudiante **con las siguientes EXCLUSIONES:**

NO DES: _____ **Razón:** _____

Al firmar esto, doy permiso a la enfermera de la escuela del Distrito Escolar de Neosho: (by signing this I give Neosho School District school nurse permission:

Proporcionar tratamiento de primeros auxilios a mi hijo mientras esté en la escuela. No se limitan a, pero se incluyen: solución antiséptica para limpiar las heridas, ungüento antibiótico triple a las heridas, el uso de cremas anti-picazón y sprays para condiciones tales como picaduras de insectos, erupciones cutáneas, etc. Látex libre Tiritas/cintas, Férulas (de madera o de metal) a las juntas móviles, si es necesario. Paquetes de hielo, compresas calientes, compresas frio, solución de lavado de ojos y el uso de dulce de menta, y antiácidos para malestar estomacal / náuseas menores. Gotas de tos después de la evaluación.

Yo doy mi consentimiento para que la información de salud relacionada con mi hijo sea dada a conocer al personal de la escuela en base a una necesidad médica de saberlo.

Doy permiso a la enfermera de la escuela para obtener los registros de inmunización de mi hijo de las clínicas, el departamento de salud y los proveedores de atención médica.

Las regulaciones estatales de salud dictaminan que los estudiantes no pueden asistir a la escuela a menos que estén vacunados apropiadamente y puedan proveer evidencia satisfactoria de las inmunizaciones oa menos que sean eximir. Para la asistencia a la escuela, los niños deben ser inmunizados contra la difteria, el tétanos, la tos ferina, el polio, sarampión, las paperas, la rubéola, las hepatitis B y la varicela. También los grados 7 a 12 deben proporcionar documentación sobre la vacunación contra la meningitis. Se requieren actualizaciones adicionales de la vacuna para varias de estas inmunizaciones. Todos los niños deben proporcionar documentación del mes, día y año de administración de la vacuna.

X _____
 Firma del padre/tutor legal Fecha

Autorizo al permiso del Distrito Escolar de Neosho a entregar al Grupo de Médicos de Freeman Neosho 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

Algunos formularios adicionales se requieren para ser llenado para aquellos estudiantes con necesidades especiales, alergias, asma, diabetes, convulsiones. Los formularios serán enviados a casa con su hijo. Por favor devuelva los formularios tan pronto como sea posible, para que podamos proporcionar un buen cuidado para su hijo en la escuela.