Formulario confidencial de información sobre la salud del estudiante
2015-16
Escuelas de la Ciudad de Bartlett

Favor de escribir con letra de imprenta

Nombre del estudiante _____ Grado 2014-16 _____

Sexo M o F Fecha de nacimiento _____

Escuela _____ Maestro de salón de clases base _____

Información general

La solicitud de información identificable de salud nos permitirá ofrecer atención médica segura y adecuada a su hijo si este enfermo o sufre alguna lesión en la escuela o en el autobús escolar. La información que proporcione será tenida como confidencial y su acceso estará limitado a las personas que trabajan con su hijo/a en el entorno de la escuela y que tengan una necesidad legítima de conocerla. Si tiene preguntas o quisiera hablar sobre asuntos específicos de la salud con el personal de Servicios de Salud, llame a su escuela directamente durante el horario escolar.

Divulgación de información médica (por favor, inicialice solo una de las opciones)

	El padre/la madre **otorga** permiso para divulgar información sobre la salud al personal del sistema escolar correspondiente para notificaciones de alerta médica y gestión de cuidados médicos.
	El padre/la madre **prohíbe** la divulgación de información sobre la salud de carácter confidencial al personal de la escuela a menos que sea médicamente necesario sin mediar una solicitud específica y la participación de la enfermera de la escuela.

Información del padre/madre/tutor

Apellido	Nombre de pila	Relación	Teléfono

Contactos de emergencia

Apellido	Nombre de pila	Relación	Teléfono

Contactos del médico

Nombre o consultorio del médico	Nombre y dirección de la clínica/práctica	Teléfono

Por favor, revise la lista que se muestra a continuación y tilde todas las opciones aplicables.

	ADHD		Fibrosis quística		Problemas renales		Anemia falciforme
	Anemia		Diabetes		Leucemia		Problemas de senos paranasales
	Ataques de ansiedad		Depresión		Baja presión arterial		Derrame cerebral
	Artritis		Diálisis		Meningitis		Problemas de la vista
	Articulaciones artificiales		Fracturas (Cráneo)		Cólicos menstruales		Vómitos
	Válvulas artificiales		Lentes		Migraña		Procedimiento abajo:
	Asma		Dolores de cabeza		Hemorragias nasales		Cateterismo
	Problemas de espalda		Problemas de audición		Ataques de pánico		Alimentación por sonda
	Huesos rotos		Problemas del corazón		Reflujo		Equipos abajo:
	Cáncer		Hemofilia		Fiebre reumática		Muletas
	Lentes de contacto		Presión arterial alta		Escoliosis		Caminadora
	Conmoción		Hipoglicemia		Convulsiones		Silla de ruedas

Otros, incluidos procedimientos de salud:
En caso de tildarse alguna opción, por favor provea la información específica:

POR FAVOR COMPLETAR EL REVERSO

Las Escuelas de la Ciudad de Bartlett ofrecen oportunidades educativas y de empleo sin distinción de raza, color, credo, origen nacional, religión, sexo, edad o discapacidad y cumplen a las disposiciones de la Ley de Privacidad y Derechos Familiares (FERPA)

INFORMACIÓN SOBRE ALERGIAS: ¿ES SU HIJO ALÉRGICO A CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES?

Medicamento (nombre)	Medio ambientales (árboles, césped)	¿Requiere su hijo una inyección de epinefrina para controlar una reacción alérgica? Sí o No En caso afirmativo, tipo y nivel de dosis:	Nombre de los medicamentos que su hijo toma además de la inyección de epinefrina para tratar cualquier reacción alérgica:
Alimentos (nueces, cacahuate (maní), pescado, leche, huevos)	Tintes (rojo, amarillo)		
Insectos (abejas, avispas)	Otro		
Látex			

INFORMACIÓN SOBRE MEDICAMENTOS: ¿TOMA SU HIJO MEDICAMENTOS DE MANERA HABITUAL EN SU HOGAR O EN LA ESCUELA? SI O NO
EN CASO AFIRMATIVO, SUMINISTRE INFORMACIÓN ABAJO:

DIAGNÓSTICO POR EL QUE SE ADMINISTRA EL MEDICAMENTO	EL NOMBRE DEL MEDICAMENTO	FORMA (PASTILLAS, LÍQUIDO, INHALADOR)	DOSIS	HORA(S) ESPECÍFICA(S) EN LA(S) QUE DEBERÁ ADMINISTRARSE	ADMINISTRADO EN EL HOGAR	ADMINISTRADO EN LA ESCUELA

RECONOCIMIENTO DEL PADRE/MADRE/TUTOR: Reconozco que podrá permitírsele a mi hijo/a tomar su medicamento de acuerdo con la política de la Junta. También comprendo que debo llevar personalmente todos los medicamentos que sean considerados médicamente necesarios para su administración durante la jornada escolar a la oficina y completar un Formulario de Autorización de Padres para la Administración de Medicamentos. Este documento se guardará en la oficina escolar.

Comprendo que si bien se realizará un intento razonable para recordarle al estudiante que debe tomar los medicamentos, se espera que el estudiante sea responsable de obtener sus medicamentos si es necesario para la autoadministración durante la jornada escolar.

Acepto indemnizar y mantener indemne a las Escuelas de la Ciudad de Bartlett y sus empleados frente a reclamos relacionados con la posesión o la autoadministración de inhaladores para asma y comprendo que las Escuelas de la Ciudad de Bartlett, sus empleados y representantes no tendrán responsabilidad alguna por lesiones producidas a un estudiante o a cualquier otra persona como resultado de la posesión o la autoadministración de inhaladores para asma.

Además, autorizo a la enfermera de la escuela y al personal de servicios de salud del distrito para que consulten con el médico que realizó la prescripción para aclarar recetas de medicamentos o, en interés de la salud del estudiante, para que discutan su respuesta a los medicamentos prescriptos. Toda la información médica se mantendrá con carácter confidencial.

_____	_____	_____
Fecha	Firma del padre o tutor	Teléfono

PARA PERSONAL DE LA ESCUELA ÚNICAMENTE (FOR SCHOOL STAFF ONLY)

Note: The School Nurse will review this form to determine the level of disclosure and appropriate action:

Medical Alert _____ IHP to be developed _____

Other _____

School Nurse review date and signature: _____

Las Escuelas de la Ciudad de Bartlett ofrecen oportunidades educativas y de empleo sin distinción de raza, color, credo, origen nacional, religión, sexo, edad o discapacidad y cumplen a las disposiciones de la Ley de Privacidad y Derechos Familiares (FERPA)