

Student Estudiante:	/	/	/		
LAST NAME/APELLIDO(S)	FIRST NAME/PRIMER NOMBRE	DATE OF BIRTH FECHA DE NACIMIENTO	GRADE/SECTION GRADO/SECCION	MALE/ Masculino <input type="checkbox"/>	FEMALE/ Femenino <input type="checkbox"/>

EMERGENCY CONTACT INFORMATION/INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA EMERGENCIAS

Parent/Guardian/Padre/Tutor:

Name/Nombre _____ Relationship/Relación _____ Work Phone/Teléfono Trabajo _____ Home Phone/Teléfono Casa _____ Cell Phone/Teléfono Celular _____

Street Address/Dirección _____ City/Ciudad _____ Zip/Código Postal _____

Email Address/Correo Electrónico _____ Occupation/Ocupación _____

Parent/Guardian (if different from above) Padre/Tutor (si es diferente al anterior):

Name/Nombre _____ Relationship/Relación _____ Work Phone/Teléfono Trabajo _____ Home Phone/Teléfono Casa _____ Cell Phone/Teléfono Celular _____

Street Address/Dirección _____ City/Ciudad _____ Zip/Código Postal _____

Email Address/Correo Electrónico _____ Occupation/Ocupación _____

Please list below three people who have your permission to pick your child up from school and make decisions concerning your child in the event that you cannot be reached./ Favor de escribir el nombre de tres personas autorizadas a recoger a su hijo/a en la escuela y que tengan autoridad de tomar decisiones referentes a su hijo/a en caso de que usted no pueda ser localizado/contactado.

<u>Name of Person/ Nombre de la persona</u>	<u>Relationship/Relación</u>	<u>Telephone/ Teléfono</u>
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

Cada escuela tiene una enfermera asignada y una persona de asistencia de primera instancia entrenada en Respiración Cardio Pulmonar (RCP) y en primeros auxilios. La enfermera puede no estar todo el tiempo en el Campo Escolar. En el evento de una emergencia, el personal de la escuela contactará al 911 y seguirá sus instrucciones. Se realizarán todos los intentos posibles para contactar al padre, tutor o persona de contacto de emergencia asignada.

Hospital Choice/
Hospital de Preferencia _____

Doctor's Name/ _____ **Doctor's Phone/** _____
Nombre del Médico _____ Número Telefónico del Médico _____

Insurance/Medicaid #/Número de Seguro Médico/Medicaid_

Por medio de mi firma aquí debajo, yo autorizo a que el Distrito Escolar del Condado de Charleston (CCSD) provea servicios rutinarios de enfermería que no sean IEP (tales como medicaciones de rutina, cuidado de heridas por accidentes) a mi hijo(a), provea e intercambie información sobre los servicios provistos junto con el nombre de mi hijo(a), fecha de nacimiento, número de Medicaid o número de seguro de salud general y mi información de contacto para la agencia de Medicaid (Departamento de salud y de Servicios Humanos), para facturar y recibir pagos por los servicios de enfermería de la agencia de Medicaid. Yo entiendo que el reembolso de Medicaid por servicios de enfermería que no sean IEP provistos por el CCSD no afectará ningún otro servicio de Medicaid por el cual mi niño(a) sea elegible. CCSD continuará proveyendo Servicios de enfermería que no sean IEP para mi hijo(a) a ningún costo para mí, aun si yo refutara permitir la facturación por los servicios. Este consentimiento garantizado es voluntario y puede ser revocado en cualquier momento. La revocación no es retroactiva. El Distrito operará bajo las guías del Acta de Derechos de Privacidad Educativas y de Familia (FERPA, por sus siglas en inglés) para asegurar la confidencialidad referente al tratamiento del niño(a) y a la provisión de servicios de enfermería que no sean IEP.

Parent/Guardian Name/ Nombre del Padre/Tutor/Estudiante (si tiene 18 años) en letra de molde: _____
Firma _____ **Date/Fecha:** _____

**School Nurse Health Information
(Emergency Card/Tarjeta de Emergencia)**

Student Estudiante:	/	/	/	
LAST NAME/APELLIDO(S)	FIRST NAME/PRIMER NOMBRE	DATE OF BIRTH FECHA DE NACIMIENTO	GRADE/SECTION GRADO/SECCION	MALE/ Masculino <input type="checkbox"/> FEMALE/ Femenino <input type="checkbox"/>

Medication/Medical Procedures/ Medicamentos y Procedimientos Médicos: (CCSD policy JLCD-Assisting Students with Medications) Any prescription medication or medical procedure (blood sugar check, tube feeding) to be administered at school or school related activities must be accompanied by written orders from a health care practitioner. Limited over-the-counter medications may be administered by the school RN or LPN with parent consent. Complete consent below. All information below is confidential for the school nurse. / (CCSD política JLCD-Asistencia a Estudiantes con Medicamentos) Cualquier medicamento recetado o procedimiento médico (chequeo de azúcar en la sangre, tubo de alimentación) que deba ser administrado en la escuela o en cualquier actividad relacionada con la escuela, debe de estar acompañado por una orden escrita de un médico primario. Medicamentos sin receta pueden administrarse, limitadamente, por la enfermera de la escuela (RN) o una enfermera licenciada (LPN) con el consentimiento del padre/tutor. Favor de completar el consentimiento que sigue. Toda la información registrada será confidencial para la enfermera.

Screenings/Exámenes diagnósticos: CCSD school nurses conduct vision, hearing, blood pressure, BMI and dental screenings, as time permits, based on DHEC recommendations. Contact your school nurse if you do not want your child to participate. Head Start and Early Head Start follow program requirements for vision, blood pressure, BMI, dental, lead and developmental screenings. / Las enfermeras escolares realizan exámenes de la vista, la audición, presión arterial, índice de masa corporal y dental, como el tiempo lo permite, basados en las recomendaciones del DHEC. Mandé una nota a la escuela, si usted no quiere que su niño participe. Head Start y Early Head Start siguen los requisitos del programa para la visión, presión arterial, índice de masa corporal, dental, plomo y evaluaciones de desarrollo.

Over the counter Medication (OTC)/ Medicamentos sin receta médica	Check or Initial each/ Marque con "x" o iniciales cada uno	I consent for the Charleston County School District RN or LPN to administer the OTC medication checked below. Medication will be administered as indicated in the policy JLCD. / Yo autorizo a la enfermera (RN o LPN) del Distrito Escolar del Condado de Charleston a proveer el medicamento sin receta médica marcado abajo. El medicamento se administrara como lo indique la política JLCD. <input type="checkbox"/> Acetaminophen/Acetaminofeno <input type="checkbox"/> Ibuprofen <input type="checkbox"/> Hydrocortisone Cream/Crema hidrocortisona <input type="checkbox"/> Anti-fungal cream/Crema anti-hongos <input type="checkbox"/> Antibiotic Ointment/Crema antibiótica
--	---	---

Health History/ Historial de Salud: Please address each yes/no question/ Favor de contestar cada pregunta que tenga SI o NO

ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> YES/Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Takes Medication at Home/Toma medicina en casa <input type="checkbox"/> Needs Medication at School/Necesita tomar la medicina en la escuela ADD/ADHD Doctor's name/Nombre del doctor ADD/ADHD: _____
Allergy/Alergia	<input type="checkbox"/> YES/Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Environmental/Seasonal/A medio ambiente/Estacional <input type="checkbox"/> Severe (Life Threatening)/Grave <input type="checkbox"/> Takes Medication at Home/Toma medicina en casa <input type="checkbox"/> Needs Medication at School/Necesita tomar la medicina en la escuela <input type="checkbox"/> Emergency Medication (EpiPen)/Medicina de emergencia (EpiPen) Last date EpiPen used/Ultima fecha que ha usado el EpiPen: ___/___/___ Allergy Doctor's name/Nombre del doctor alergólogo: _____
Asthma/Asma	<input type="checkbox"/> YES/Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Daily Maintenance Medication/Medicina diaria <input type="checkbox"/> Rescue Inhaler/Inhalador de rescate <input type="checkbox"/> Rescue Nebulizer/Nebulizador de rescate Asthma Doctor's name/Nombre del doctor que trata el asma: _____
Cardiac (Heart)/Cardíaco (Corazón)	<input type="checkbox"/> YES/Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Takes Medication at Home/Toma medicina en casa <input type="checkbox"/> Needs Medication at School/Necesita tomar la medicina en la escuela Heart Doctor's name/Nombre del doctor del corazón: _____
Diabetes	<input type="checkbox"/> YES/Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Type 1/Tipo 1 <input type="checkbox"/> Type 2/Tipo 2 <input type="checkbox"/> Blood Glucose Checks/Chequeo de glucosa y sangre <input type="checkbox"/> Oral Medication/Medicina Oral <input type="checkbox"/> Carb Counting/Conteo de Carbohidratos <input type="checkbox"/> Takes Insulin/Toma insulina <input type="checkbox"/> Shots/Inyecciones <input type="checkbox"/> Pump /Bomba <input type="checkbox"/> Glucagon/Glucínea Diabetes Doctors Name/Nombre del doctor que trata la diabetes: _____
Epilepsy (Seizures)/ Epilepsia (Convulsiones)	<input type="checkbox"/> YES/Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Daily Medication/Medicina diaria <input type="checkbox"/> Diastat <input type="checkbox"/> Other Needs/Treatments/Otras necesidades/tratamientos <input type="checkbox"/> Date of Last Seizure/Fecha de la última ataque epiléptico: ___/___/___ Seizure Doctor's name/Nombre del doctor que trata la epilepsia: _____
Sickle Cell Anemia/ Anemia de Células Falciformes	<input type="checkbox"/> YES/Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Trait/Traite <input type="checkbox"/> Disease/Enfermedad <input type="checkbox"/> Takes Medication at Home/Toma medicina en casa <input type="checkbox"/> Needs Medication at School/Necesita medicina en la escuela <input type="checkbox"/> Last Hospitalization/Ultima fecha de haber sido internado en el hospital: ___/___/___ Sickle Cell Doctor's name/Nombre del doctor que trata anemia de células falciformes: _____
Physical Limitation/ Limitación Física	<input type="checkbox"/> YES/Sí <input type="checkbox"/> NO	Type/Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Limitations/Limitaciones <input type="checkbox"/> Assistive Device Required/Dispositivo de asistencia necesaria <input type="checkbox"/> Takes Medication at Home/Toma medicina en casa <input type="checkbox"/> Needs Medication at school/Necesita tomar la medicina en la escuela Disability Doctor's name/Nombre del médico: _____
Mental Health Consideration/ Consideración de la Salud Mental	<input type="checkbox"/> YES/Sí <input type="checkbox"/> NO	Type/Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Takes Medication At Home/Toma medicina en casa <input type="checkbox"/> Needs Medication at School /Necesita tomar la medicina en la escuela Mental Health Providers name/Nombre del Proveedor Médico: _____
Hearing Consideration/ Consideración de Audición	<input type="checkbox"/> YES/Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Hearing Aids/Dispositivo de audición <input type="checkbox"/> Cochlear Implant/Implante de cóclea <input type="checkbox"/> Other/Otro
Vision Consideration/ Consideración de Visión	<input type="checkbox"/> YES/Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Glasses/Lentes <input type="checkbox"/> Contacts/Lentes de contacto <input type="checkbox"/> Other/Otro
Feeding Consideration/ Consideración de Alimentación	<input type="checkbox"/> YES/Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Swallowing/Tragar <input type="checkbox"/> G-tube feeding at school/G-alimentación por sonda nasogástrica en la escuela
Elimination Consideration/ Consideración de Eliminación	<input type="checkbox"/> YES/Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Diapering/poner pañales <input type="checkbox"/> Catherization at school/autocaterización en la escuela
Other/Otro	<input type="checkbox"/> YES/Sí <input type="checkbox"/> NO	Describe/Describe: _____

Parent / Guardian Signature/Firma del Padre/Tutor: _____ **Date/Fecha:** _____