

Información de Salud/Tarjeta de Emergencia

Año del campamento de verano: _____

Nombre del Alumno:	FDN:	Edad:	Género: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre
--------------------	------	-------	--

Medicación/Procedimientos Médicos: (Política CCSD, JLCD-Ayudar a los Alumnos con los Medicamentos)
 Cualquier medicamento o procedimiento médico (control de azúcar en la sangre, alimentación por sonda, etc.) que se administre en el programa de verano requiere un formulario de pedido médico aparte de cualquier otro que se entregue a la enfermera de la escuela para usar durante el año escolar. Los padres deben proporcionar el medicamento en el envase original, sellado y debidamente etiquetado. Los formularios de Orden Médica están disponibles con la enfermera del Programa Afterschool o en línea en www.ccsdschools.com en la sección de Servicios de Enfermería.
 Haga contacto con Melissa Johnson, Enfermera de Kaleidoscope en melissa_johnson@charleston.k12.sc.us o al (843) 209-6944 para ayuda si es necesario.

(OTC) Medicamento Sobre el Mostrador	Marque o Coloque iniciales en cada uno	Consiento a que una RN o LPN del Charleston County School District administre la medicación OTC como indicado abajo. La medicación será administrada siguiendo la política de JLCD. <input type="checkbox"/> Ibuprofen <input type="checkbox"/> Acetaminophen <input type="checkbox"/> Tums <input type="checkbox"/> Ungüento Antibiótico <input type="checkbox"/> Crema de Hydrocortisona <input type="checkbox"/> Crema Anti-hongo <input type="checkbox"/> Bloqueador Solar
ADD / ADHD	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Toma Medicamento en Casa <input type="checkbox"/> Toma Medicamento durante día escolar <input type="checkbox"/> Necesita Medicamento despues de le escuela Nombre del Médico ADD / ADHD : _____
Alergia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ambiental / Estacional <input type="checkbox"/> Comida, alérgico a: _____ <input type="checkbox"/> Severo / Alérgia potencialmente mortal a: _____ <input type="checkbox"/> Toma Medicamento en Casa <input type="checkbox"/> Necesita Medicamento en la Escuela <input type="checkbox"/> Medicamento de Emergencia (EpiPen) Médico de Alergias: _____ Nombre de Medicina: _____ Última Fecha de uso del EpiPen: _____
Asthma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Medicamento de Mantenimiento Diario en Casa <input type="checkbox"/> Inhalador de Rescater <input type="checkbox"/> Nebulizador de Rescate Médico del Asma: _____
Diabetes <input type="checkbox"/> Type 1 <input type="checkbox"/> Type 2	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Controles de Glucosa en Sangre <input type="checkbox"/> Medicación Oral <input type="checkbox"/> Conteo de Carbohidratos <input type="checkbox"/> Inyecciones de Insulina <input type="checkbox"/> Bomba de Insulina <input type="checkbox"/> Glucagon Médico del Diabetes: _____
Epilepsia (Convulsiones)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Medicamento Diario <input type="checkbox"/> Diastat <input type="checkbox"/> Otras Necesidades / Tratamiento Fecha de última convulsión: _____ Médico de Convulsiones: _____
Consideración de Salud Mental	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Toma Medicamento en Casa <input type="checkbox"/> Necesita Medicamento en la Escuela Proveedor de Salud Mental: _____
Anemia Falciforme	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Rasgo <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Toma Medicamento en Casa <input type="checkbox"/> Necesita Medicamento en la Escuela Fecha de Última Hospitalización: _____ Médico de Anemia Falsiforme: _____
Limitación Física	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Limitación <input type="checkbox"/> Dispositivo de Apoyo Requerido <input type="checkbox"/> Toma Medicamento en Casa <input type="checkbox"/> Necesita Medicamento en la Escuela Médico de Descapacidad _____
Consideración Auditiva	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Audífonos <input type="checkbox"/> Implante Coclear <input type="checkbox"/> Otro
Consideración Visual	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Lentes <input type="checkbox"/> Contactos <input type="checkbox"/> Otro
Consideración de Alimento	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Tragando <input type="checkbox"/> Alimento en la Escuela vía Tubo-G
Consideracion de Eliminación	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pañales <input type="checkbox"/> Cateterización en la Escuela
Otro	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Por favor describa:
Plan de Salud Individual (IHP) archivado con CCSD	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Preocupación de Salud de la IHP:

Se requiere que todos los programas cuenten con un personal 1er Respondiente capacitado en CPR y primeros auxilios. Si se produce una lesión importante en un niño, el personal llamará de inmediato para obtener ayuda profesional (la enfermera del Programa Afterschool y el 911) y seguirá sus instrucciones. Los padres, los contactos de emergencia designados o el médico del niño serán notificados de inmediato.

Hospital Preferido:	Nombre del Doctor:	Teléfono del Doctor:
---------------------	--------------------	----------------------

Consentimiento para Tratamiento / Divulgación de Información

Consiento que el Programa Afterschool de Charleston County School District provea servicios de enfermería a mi hijo/a; divulgue e intercambie información de salud o identificación personal a Medicaid para propósitos de cobro (si aplicable) lo cual se mantendrá confidencial y NO afectará ningún servicio que mi hijo/a reciba.

Doy permiso a la Enfermera del Programa Afterschool a intercambiar información con el proveedor de cuidado de salud de mi hijo/a. Toda información se mantendrá estrictamente confidencial y utilizada solo para proveer servicios de cuidado de salud individualizado para mi hijo/a mientras esté en la escuela.

Firma del Padre / Tutor:	Fecha:
--------------------------	--------