

Información de Salud de la Enfermera de la Escuela (tarjeta de emergencia)

**** DEBE SER COMPLETADO PARA QUE EL ESTUDIANTE ASISTE A EXCUSIONES ****

Estudiante: _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
(Apellido)	(Nombre)	(Fecha de Nac.)	(Grado / Sección)

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Padre/Tutor

Nombre _____	Relación _____	Teléfono del Trabajo _____	Teléfono de la Casa _____	Celular _____
Dirección _____		Ciudad _____	Código Postal _____	
Correo Electrónico _____		Profesión _____		

Padre/Tutor (si es diferente al anterior)

Nombre _____	Relación _____	Teléfono del Trabajo _____	Teléfono de la Casa _____	Celular _____
Dirección _____		Ciudad _____	Código Postal _____	
Correo Electrónico _____		Profesión _____		

Enumere a continuación a tres personas que tienen su permiso para recoger a su hijo de la escuela y tomar decisiones sobre su hijo en caso de que no podamos localizarlo.

Nombre del Persona	Relación	Teléfono
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

Cada escuela tiene una enfermera asignada y personal de primera respuesta capacitado en resucitación cardiopulmonar y primeros auxilios. Es posible que la enfermera no esté en el campus de la escuela en todo momento. En caso de una emergencia, el personal de la escuela se comunicará con el 911 y seguirá sus instrucciones. Se hará todo lo posible por contactar a un padre, tutor o un contacto de emergencia designado.

Elección del Hospital _____ El Nombre del Doctor _____ Teléfono del Doctor _____

Seguro/Medicaid #

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Doy mi consentimiento para que una enfermera del Distrito Escolar del Condado de Charleston (CCSD) proporcione medicamentos de rutina y de emergencia siguiendo la política del CCSD, atención de accidentes y lesiones (servicios de enfermería no IEP) para mi hijo, divulgue e intercambie información sobre el servicio proporcionado junto con el nombre de mi hijo, fecha de nacimiento, Medicaid o número de seguro médico, sexo y mi información de contacto con la Agencia de Medicaid (Departamento de Salud y Servicios Humanos), para facturar y recibir el pago por los servicios de enfermería de la Agencia de Medicaid. Entiendo que el reembolso de Medicaid por los servicios de enfermería que no pertenecen al IEP proporcionados por CCSD no afectará ningún otro servicio de Medicaid para el cual mi hijo es elegible. El CCSD continuará brindando servicios de enfermería que no pertenecen al IEP para mi hijo sin costo alguno para mí, incluso si me niego a permitir la facturación de los servicios. La concesión del consentimiento es voluntaria y puede revocarse en cualquier momento. La revocación no es retroactiva. El Distrito operará bajo las pautas de la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA) para garantizar la confidencialidad con respecto al tratamiento de mi hijo y la provisión de servicios de enfermería que no pertenecen al IEP.

Padre/Tutor/Estudiante (si tiene 18 años) Nombre en letra de imprenta _____

Firma _____ Fecha _____

Información de Salud de la Enfermera de la Escuela (tarjeta de emergencia)

Estudiante: _____ (Apellido)	(Nombre)	(Fecha de Nac.)	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino (Grado / Sección)
---------------------------------	----------	-----------------	---

Medicamentos/Procedimientos Médicos: (Política del CCSD JLCD - Asistencia a estudiantes con medicamentos) Cualquier medicamento recetado o procedimiento médico (control de azúcar en sangre, alimentación por sonda) que se administre en la escuela o en actividades relacionadas con la escuela debe ir acompañado de órdenes escritas de un profesional de la salud. El RN o LPN de la escuela puede administrar medicamentos limitados de venta libre con el consentimiento de los padres. Complete el consentimiento a continuación. Toda la información a continuación es confidencial para la enfermera de la escuela y se puede compartir según sea necesario para la seguridad del estudiante.

Exámenes: Las enfermeras escolares del CCSD realizan exámenes de la vista, audición, presión arterial, IMC y dentales, según lo permita el tiempo, según las recomendaciones de DHEC. Comuníquese con la enfermera de su escuela si no quiere que su hijo participe. Head Start y Early Head Start siguen los requisitos del programa para exámenes de la vista, presión arterial, IMC, dentales, de plomo y del desarrollo.

(OTC) Medicamentos de Venta Libre	Marque o ponga sus iniciales en cada uno	Doy mi consentimiento para que el RN o LPN del Distrito Escolar del Condado de Charleston administre el medicamento de venta libre como se indica a continuación. Los medicamentos se administrarán siguiendo la política JLCD. _____ Ibuprofeno _____ Paracetamol _____ Tums _____ Pastillas para la tos _____ Ungüento antibiótico _____ Crema de hidrocortisona _____ Crema antimicótica
Consentimiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Doy mi consentimiento para que la enfermera de la escuela intercambie información con el proveedor de atención médica de mi hijo para satisfacer las necesidades de atención médica de mi hijo.

Health History

ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Toma Medicamentos en Casa <input type="checkbox"/> Necesita Medicación en la Escuela: _____ Nombre del médico de ADD / ADHD: _____
Alergia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ambiental / Estacional <input type="checkbox"/> Toma Medicamentos en Casa <input type="checkbox"/> Necesita Medicación en la Escuela: _____
Alergia Severa	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Grave (potencialmente mortal) a: * _____ * <input type="checkbox"/> Medicamentos de emergencia (EpiPen / Auvi-Q) <input type="checkbox"/> No tiene epinefrina en la escuela <input type="checkbox"/> Última fecha en que se utilizó EpiPen ____/____/____ Nombre del médico especialista en alergias
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Medicamento de mantenimiento diario <input type="checkbox"/> Inhalador de rescate <input type="checkbox"/> Nebulizador de rescate <input type="checkbox"/> Nousa/tiene un inhalador Nombre del médico de asma: _____
Cardíaco (Corazón)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Toma Medicamentos en Casa <input type="checkbox"/> Necesita Medicación en la Escuela: _____ Nombre del médico del corazón: _____
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Tipo1 <input type="checkbox"/> Tipo 2 <input type="checkbox"/> Controles de glucosa en sangre <input type="checkbox"/> Medicación Oral <input type="checkbox"/> Conteo de carbohidratos <input type="checkbox"/> Toma insulina <input type="checkbox"/> Inyecciones <input type="checkbox"/> Bomba <input type="checkbox"/> Glucagón Diabetes Nombre del médico: _____
Epilepsia (Convulsiones)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Medicación Diaria <input type="checkbox"/> Diastat <input type="checkbox"/> Otras necesidades/tratamiento <input type="checkbox"/> Fecha de la última convulsión ____/____/____ Nombre del doctor convulsión: _____
Anemia Falciforme	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Rasgo <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Toma Medicamentos en Casa <input type="checkbox"/> Necesita Medicación en la Escuela _____ Última Hospitalización ____/____/____ Nombre del médico de células falciformes: _____
Consideración de Movimiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo / Partes del cuerpo involucradas _____ <input type="checkbox"/> Se requiere dispositivo de asistencia Servicios proporcionados por IEP: _____ Ortopedista: _____ OT/PT: _____
Consideración de Salud Mental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipa: _____ <input type="checkbox"/> Toma Medicamentos en Casa <input type="checkbox"/> Necesita Medicación en la Escuela Nombre del Proveedor de Salud Mental: _____
Consideración de Audiencia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Audífonos <input type="checkbox"/> Implante Coclear <input type="checkbox"/> Otro
Consideración de la Visión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Anteojos (Lectura) <input type="checkbox"/> Anteojos (distancia) <input type="checkbox"/> Lentes de Contacto <input type="checkbox"/> Otro
Consideración de Alimentación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Mínimamente verbal <input type="checkbox"/> No verbal <input type="checkbox"/> Mutismo selectivo/electivo /total Tipo de Comunicación Aumentativa y Iternativa: _____
Discapacidad Intelectual y del Desarrollo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual <input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Desórdenes del Espectro Autista <input type="checkbox"/> Otro Diagnóstico de I/DD _____
Consideración de Alimentación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Tragar <input type="checkbox"/> Alimentación con Sonda G en la Escuela Fecha del último estudio de deglución _____ Proporcione documentación a la enfermera escolar.
Consideración de Eliminación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cambio de Pañales <input type="checkbox"/> Cateterismo en la Escuela <input type="checkbox"/> Encopresis
Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Describir: _____

* Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____