

Información de Salud de la Enfermera de la Escuela (Tarjeta de Emergencia)

****DEBE SER COMPLETADO POR EL ESTUDIANTE PARA ASISTIR A LAS EXCURSIONES ESCOLARES****

Estudiante _____ Masculino Femenino
(Apellido) (Nombre) (Fecha de nacimiento) Grado/Sección

INFORMACIÓN DEL CONTACTO DE EMERGENCIA

Padre/Tutor

Nombre _____ Parentesco _____ Teléfono de trabajo _____ Teléfono particular _____ Teléfono celular _____
Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____
Correo electrónico _____ Ocupación _____

Padre/Tutor (si es diferente del anterior)

Nombre _____ Parentesco _____ Teléfono de trabajo _____ Teléfono particular _____ Teléfono celular _____
Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____
Correo electrónico _____ Ocupación _____

A continuación, enumere tres personas que tengan permiso de recoger a su hijo/a de la escuela y de tomar decisiones sobre su hijo/a en caso de que usted no se encuentre.

Nombre	Parentesco	Teléfono
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

¿En qué lengua desea recibir comunicados de la escuela? _____

Cada escuela tiene una enfermera asignada y personal de servicios de emergencia capacitado en RCP y primeros auxilios. Puede que la enfermera no esté en el campus de la escuela todo el tiempo. En caso de emergencia, el personal de la escuela se comunicará al 911 y seguirá sus instrucciones. Se harán todos los intentos posibles para comunicarse con el padre, tutor o contacto de emergencia designado.

Hospital elegido _____ Nombre del médico _____ Teléfono del médico _____

Seguro de salud/Medicaid #

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

Autorizo a una enfermera del Distrito Escolar del Condado de Charleston (CCSD) a proporcionar medicamentos de rutina y de emergencia siguiendo la política del CCSD, cuidado de accidentes y lesiones (servicios de enfermería que no son de IEP) a mi hijo/a, dar a conocer e intercambiar información sobre el servicio provisto junto con el nombre de mi hijo/a, la fecha de nacimiento, el número de seguro de Medicaid o de seguro de salud, el sexo, y mi información de contacto a la Agencia de Medicaid (Departamento de Salud y Servicios Humanos), para que facturen y reciban el pago por los servicios de enfermería de la Agencia de Medicaid. Entiendo que el reembolso de Medicaid por servicios de enfermería que no son de IEP proporcionados por el CCSD no afectará ningún otro servicio de Medicaid para el cual mi hijo/a sea elegible. El CCSD seguirá proporcionando servicios de enfermería que no son de IEP para mi hijo/a sin costo alguno incluso si me niego a permitir que se facturen los servicios. La autorización es voluntaria y puede ser anulada en cualquier momento. La anulación no es retroactiva. El Distrito operará según los lineamientos de la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA) para asegurar confidencialidad con respecto al tratamiento de mi hijo/a y la prestación de servicios de enfermería que no son de IEP.

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

Firma _____ Fecha _____

Información de Salud de la Enfermera de la Escuela (Tarjeta de Emergencia)

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

Medicamentos/Procedimientos médicos: (Política de JLCD de CCSD-Asistir a estudiantes con medicamentos) Cualquier medicamento recetado o procedimiento médico (revisión de azúcar en la sangre, alimentación por sonda) que se administre en la escuela o en actividades relacionadas con la escuela debe estar acompañado de órdenes escritas por un profesional de la salud. Los medicamentos de venta libre restringidos deben ser administrados por la enfermera certificada (RN) de la escuela o la enfermera con práctica médica profesional (LPN) con la autorización de los padres. Complete la siguiente autorización. La siguiente información es confidencial para la enfermera de la escuela y puede ser compartida cuando sea necesario para la seguridad del estudiante.

Exámenes: Las enfermeras de la escuela del CCSD realizan exámenes de visión, audición, presión sanguínea, IMC y dentales, si se dispone de tiempo, basado en las recomendaciones del DHEC. Comuníquese con la enfermera de su escuela, si no quiere que su hijo participe. Head Start y Early Start siguen requisitos del programa para los exámenes de visión, presión sanguínea, MIC, dentales, análisis de detección de plomo y de desarrollo.

(OTC) Medicamentos de venta libre	Tilde o escriba la inicial	Autorizo a la RN o la LPN del Distrito Escolar del Condado de Charleston a administrar el medicamento de venta libre como se indica a continuación. La medicación será administrada siguiendo la política de JLCD. _____ Ibuprofeno _____ Paracetamol _____ Tums (antiácido) _____ Pomada Antibiótica _____ Hidrocortisona en crema _____ Crema antihongos
Autorizo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Autorizo a la enfermera de la escuela a intercambiar información con el proveedor de atención médica de mi hijo con el fin de satisfacer las necesidades de atención médica de mi hijo/a.

Historia clínica

TDA/TDAH	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Toma medicación en la casa <input type="checkbox"/> Necesita medicación en la escuela: _____ Nombre del médico especialista en TDA/TDAH: _____
Alergia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ambiental/estacional <input type="checkbox"/> Toma medicación en la casa <input type="checkbox"/> Necesita medicación en la escuela: _____
Alergia grave	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Grave (peligro de muerte) a: * _____ * <input type="checkbox"/> Medicación de emergencia (EpiPen/Auvi-Q) <input type="checkbox"/> No tiene Epinefrina en la escuela. Fecha de la última vez que utilizó EpiPen ___/___/___ Nombre del médico especialista en alergias: _____
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Medicación de mantenimiento diario <input type="checkbox"/> Inhalador de rescate <input type="checkbox"/> Nebulizador de rescate <input type="checkbox"/> No utiliza/tiene un inhalador para el asma Nombre del médico especialista en asma: _____
Problemas cardíacos (corazón)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Toma medicación en la casa <input type="checkbox"/> Necesita medicación en la escuela: _____ Nombre del médico especialista del corazón: _____
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2 <input type="checkbox"/> Exámenes de glucosa en sangre <input type="checkbox"/> Medicación oral <input type="checkbox"/> Conteo de carbohidratos <input type="checkbox"/> Toma insulina <input type="checkbox"/> Dosis <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> Glucagón Nombre del médico especialista en diabetes: _____
Epilepsia (convulsiones)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Medicación diaria <input type="checkbox"/> Diastat (diazepam) <input type="checkbox"/> Otras necesidades/tratamiento <input type="checkbox"/> Fecha de la última convulsión ___/___/___ Nombre del médico especialista en convulsiones: _____
Anemia falciforme	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Tratamiento <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Toma medicación en casa <input type="checkbox"/> Necesita medicación en la escuela _____ Última hospitalización ___/___/___ Nombre del médico especialista en anemia falciforme: _____
Limitación física	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Limitación <input type="checkbox"/> Dispositivo de ayuda requerido <input type="checkbox"/> Toma medicación en la casa <input type="checkbox"/> Necesita medicación en la escuela Nombre del médico especialista en discapacidad: _____
Trastorno de salud mental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Toma medicación en la casa <input type="checkbox"/> Necesita medicación en la escuela Nombre del profesional de la salud mental: _____
Trastorno auditivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Prótesis auditivas <input type="checkbox"/> Implante coclear <input type="checkbox"/> Otro
Trastorno visual	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Lentes (de lectura) <input type="checkbox"/> Lentes (para ver a la distancia) <input type="checkbox"/> Lentes de contacto <input type="checkbox"/> Otro
Trastorno alimenticio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Tragar <input type="checkbox"/> Alimentación por sonda en la escuela
Trastorno de evacuación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Uso de pañales <input type="checkbox"/> Cateterismo en la escuela <input type="checkbox"/> Encopresis
Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Describe: _____

*Firma del padre/Tutor _____ Fecha _____