

## Las escuelas del condado de Thomas – Información Actual del Estudiante

### LA INFORMACIÓN DEL HOGAR:

Dirección física: \_\_\_\_\_ Home Teléfono: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Madre Email: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_ Padre Email: \_\_\_\_\_

Haga una lista de **todos los estudiantes** que residen en este hogar:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Grado	Escolar	Sexo	Raza
--------	---------------------	-------	---------	------	------

_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

### Información de los padres :

1) Nombre: \_\_\_\_\_ relación de estudiante: \_\_\_\_\_ vive con estudiante? Sí \_\_ No \_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono Trabajo: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

2) Nombre: \_\_\_\_\_ relación de estudiante: \_\_\_\_\_ vive con estudiante?: Sí \_\_ No \_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono Trabajo: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE EMERGENCIA: Los adultos que pueden recoger a estudiante o ser contactado en caso de emergencia si el padre/madre/tutor no puede ser alcanzado.**

1) Nombre: \_\_\_\_\_ Relación de estudiante: \_\_\_\_\_ vive con estudiante? Sí \_\_ No \_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono Trabajo: \_\_\_\_\_

2) Nombre: \_\_\_\_\_ Relación de estudiante: \_\_\_\_\_ vive con estudiante?: Sí \_\_ No \_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono Trabajo: \_\_\_\_\_

3) Nombre: \_\_\_\_\_ Relación de estudiante: \_\_\_\_\_ vive con estudiante?: Sí \_\_ No \_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono Trabajo: \_\_\_\_\_

4) Nombre: \_\_\_\_\_ Relación de estudiante: \_\_\_\_\_ vive con estudiante?: Sí \_\_ No \_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono Trabajo: \_\_\_\_\_

**LIMITA LA INFORMACIÓN DE CONTACTO: Lista de los nombres de las personas que no pueden recoger a su estudiante. Documentación legal debe ser proporcionada.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación de estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación de estudiante: \_\_\_\_\_

Padre/madre/tutor Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Asma:**

¿Su hijo tiene asma? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Será que su hijo requiere un inhalador de rescate (respiradero) en la escuela? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**Si la respuesta es sí:** El niño necesitará mantener un inhalador de rescate con él/ella en todo momento o debe proporcionar la clínica con un inhalador de rescate para él/ella para usar como sea necesario.

Mi hijo tendrá su inhalador (círculo): con él/ella en la clínica

Lista los nombres de los medicamentos para el asma que su niño necesita: \_\_\_\_\_

Lista qué factores que pueden desencadenar un ataque de asma en su hijo: \_\_\_\_\_

**Alergias:**

Haga una lista de cualquier alergia que el niño puede tener: \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de reacción generalmente ocurre? \_\_\_\_\_

¿La alergia de su hijo requiere un EpiPen? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Desea dar instrucciones especiales en caso de reacción? \_\_\_\_\_

Si su hijo requiere un Epi-Pen para reacciones alérgicas graves debe proporcionar la escuela con uno para su uso. En caso de reacción alérgica severa, se llamará al 911 y su hijo será enviado a la sala de emergencias a como se indica abajo.

**Información general de Salud:** (Contestar sí o no. En caso afirmativo, sírvase dar detalles.)

Médico de familia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Convulsiones Sí \_\_\_ No \_\_\_ \_\_\_\_\_

Desmayos Sí \_\_\_ No \_\_\_ \_\_\_\_\_

Diabetes Sí \_\_\_ No \_\_\_ Si Sí, Tipo 1 \_\_\_\_\_ o Tipo 2 \_\_\_\_\_

Problemas cardíacos Sí \_\_\_ No \_\_\_ \_\_\_\_\_

Problemas renales Sí \_\_\_ No \_\_\_ \_\_\_\_\_

Impedimentos físicos Sí \_\_\_ No \_\_\_ \_\_\_\_\_

Otro Sí \_\_\_ No \_\_\_ \_\_\_\_\_

Preocupaciones de salud mental: \_\_\_\_\_

Medicamentos adoptando actualmente: \_\_\_\_\_

Los alumnos recibirán los primeros auxilios generales, que pueden incluir una serie de tópicos y algunos agentes orales. Los padres no siempre pueden ser contactados para menores tratamiento de primeros auxilios a menos que la oficina de enfermería reciba una solicitud por escrito de los padres. Es vital que la enfermera de la escuela sea consciente de cualquier sensibilidad o reacción alérgica a cualquier medicamento de venta libre. Los padres tienen la responsabilidad de informar a la escuela de cualquier cambio en la medicación o condición médica. La escuela no será responsable de ningún medicamento perdido por un estudiante mientras se transporta el medicamento a la escuela. **No enviar ningún medicamento a la escuela con los estudiantes.**

En el caso de enfermedad grave o lesión/reacción alérgica severa, la escuela va a prestar los primeros auxilios conforme a lo prescrito por el reglamento de la junta escolar cuando se ponga en contacto con el padre. Si la situación es grave y no se puede encontrar un tutor, la escuela transportará al niño al centro de cuidado urgente Archbold o se llamará al 911. Tarifas de transporte y servicios médicos serán responsabilidad de los Padres/ Tutores.

Yo por la presente concedo a la escuela el permiso para administrar acetaminofén (Tylenol) o ibuprofeno (Motrin) o su equivalente por pequeñas quejas de dolor. Entiendo que debo recoger a mi hijo de la escuela si se le administra Benadryl líquido (difenhidramina) por reacción alérgica. Antiácidos (Tums) también puede ser dada por un malestar estomacal o indigestión sin más notificación mientras asisten a la escuela durante el año escolar. Otros medicamentos incluso: pomada antibiótica, pastillas para la tos, anestésico oral, gel de aloe, cremas o geles contra la picazón y cremas y / o aerosoles para aliviar el dolor. Por medio de la presente yo libero al sistema escolar del condado de Thomas y la enfermera de la escuela de cualquier reacción adversa que pueda ocurrir como resultado de la administración de los medicamentos mencionados anteriormente. Yo por la presente concedo a la escuela el permiso para hacer exámenes oftalmológicos, odontológicos o nutricionales a mi niño en caso de ser necesario.

Firma del padre/madre/tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_