

HISTORIAL DE SALUD DEL ESTUDIANTE

DEBE SER COMPLETADO POR TODOS LOS ESTUDIANTES (NUEVOS Y DE REGRESO) Y DEVUELTO INMEDIATAMENTE

IMPRIMIR el nombre del estudiante _____

Ingresar al grado en el otoño _____

Regreso/retorno Nuevo estudiante

Fecha del examen físico actual: _____ Fecha de la próxima cita para el examen físico: _____

- NO**, mi estudiante/pupilo/a no tiene problemas de salud especiales y no requiere medicamentos en la escuela.
 SÍ, a mi estudiante/pupilo/a se le diagnostica un problema de salud especial que puede requerir medicamentos y tratamiento de rutina o de emergencia mientras está en la escuela.

Verifique **TODOS** los que correspondan y lleve **el PLAN DE CUIDADO REQUERIDO** al proveedor médico para que lo complete.

Asma: Intermitente Ejercicio inducido Uso un plan de acción para usar el inhalador requerido para el asma

Diabetes: Tipo 2 Tipo 1 Usa una bomba / insulina *Se requiere un plan de control de la diabetes*

Tipo: Se requiere un plan de atención para las convulsiones

Alergias Comida Insectos Látex Se requiere un plan de atención médica para la alergia

Lista de alérgenos: _____

Tratamiento prescrito: Ninguno Antihistamínico Inyectores de epinefrina:

antecedentes de conmoción cerebral: Fecha en que ocurrió:

_____ _____ _____

Otros problemas de salud, historial o información que desea compartir:

Si **MARCO CUALQUIERA** de los anteriores, se **DEBE** proporcionar un **plan de atención y medicamentos al respaldo** a la escuela. **Los planes de atención** se pueden descargar de taoschools.org en formularios (*instrucciones publicadas en la parte posterior de esta hoja*).

El Plan de Atención debe ser completado y firmado por el proveedor médico y tener la firma del padre/apoderado en la parte inferior. Envíe esta forma a la Oficina de enfermería con los **medicamentos de respaldo requeridos** como se indica a continuación:

- Inhalador: Dos (2) inhaladores con un (1) espaciador (requerido);
- Epinefrina: Dos (2) auto-inyectores dos (1) paquete doble);
- Diabetes: Todos los suministros para diabéticos, incluidos los suministros de bombas, glucagón, bocadillos y pluma de insulina;
- Convulsiones: Dos dosis de medicamentos de emergencia para convulsiones prolongadas según lo prescrito por el proveedor médico.

Ranchos	Arroyos	Taos Middle	Taos High/Chrysalis	Enos/ Cyber Magnet
Lisa	Carmela		April	Krissy
575-737-6153.	575-737-6175.	575-737-6000.	575-751-8074.	575-737-6075.

Este formulario completado y firmado (ambos lados), junto con el Plan de atención, se requiere para el tratamiento de los problemas de salud de verificación anteriores y la administración de los medicamentos requeridos

COMPLETA EL OTRO LADO

Consentimiento de los padres/apoderados y acuerdo de automedicación del estudiante

Imprimir Nombre del estudiante: _____ **Grado:** _____

Como padre/tutor del estudiante anterior, solicito que se permita a mi hijo llevar y auto-administrarse los medicamentos requeridos según las indicaciones del proveedor médico. Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar los medicamentos requeridos y acepto proporcionar medicamentos de respaldo a la Oficina de Salud para atención de emergencia para problemas de salud especiales, además de proporcionar medicamentos para que mi hijo/a los lleve en todo momento. Proporcionaré medicamentos en el paquete original sin abrir con la etiqueta de la farmacia adjunta y reemplazaré el medicamento de manera oportuna antes de la fecha de vencimiento. Entiendo que los medicamentos deben recogerse al final del año escolar y si no se recogen o caducan, los medicamentos se desecharán según el protocolo para su eliminación. Notificaré a la escuela de cualquier cambio en la salud y / o las necesidades de medicamentos de mi hijo/a. La información de salud se puede compartir con el personal apropiado según sea necesario, incluida la comunicación entre la enfermera de la escuela y el proveedor médico. Doy permiso para que el contacto alternativo y el representante de la escuela actúen en mi nombre, y en el de mi hijo/a, hasta que me contacten y estén disponibles..

Nombre del padre/apoderado : #1 _____

Nombre del padre/apoderado : #1 _____

Número de Teléfono de la casa: #1 _____

Número de Celular: #1 _____

Número de teléfono en el trabajo: #1 _____

Dirección física: #1 _____

Proporcione un contacto alternativo disponible de alguien dispuesto a sustituir a los padres /apoderados hasta que se comuniquen con los anuncios disponibles:

Nombre de contacto alternativo: _____

Relación: _____

Firma del padre/apoderado: _____ **Fecha** _____

Acuerdo y firma del estudiante c: _____ **estoy de acuerdo:** ● de no permitir que otro estudiante use mi medicamento. verifique que mi medicamento de emergencia esté etiquetado con mi nombre. tenga en cuenta la fecha de vencimiento del medicamento y reemplácelo antes de que expire, mantenga mi medicamento conmigo en todo momento y lleve a todas las actividades y eventos fuera del campus informe al maestro, entrenador, administración si entro en contacto con mis desencadenantes / alérgenos, ya sea que tenga o no síntomas, vaya a la oficina, acompañado por alguien, cuando haya usado mi medicamento de emergencia o tenga síntomas lo mejor posible, evite la exposición a riesgos para mi salud y seguridad, siga la política de la escuela y las instrucciones y directivas de mi proveedor médico sobre mi plan de atención de emergencia. ●●●●●●

Firma del estudiante: _____ **Fecha** _____

Celular: _____ **estudiantil**

Ranchos	Arroyos	Taos Middle	Taos High/Chrysalis	Enos/ Cyber Magnet
Lisa	Carmela		April	Krissy
575-737-6153.	575-737-6175.	575-737-6000.	575-751-8074.	575-737-6075.

ESCUELAS MUNICIPALES DE TAOS taoschools.org

Instrucciones para descargar formularios complementarios de la intranet: Ingresar a la Página de Taos Municipal Schools (www.taoschools.org): Desplácese hasta enlaces adicionales: haga clic en el enlace para la carpeta Formularios médicos.

NOTA: El Formulario de Examen Médico debe ser firmado por el Proveedor Médico incluso cuando proporcionan y adjuntan su propio formulario. Los planes de atención deben ser completados y firmados por el proveedor médico y los padres/apoderados. Cualquier medicamento no incluido en un Plan de Atención debe presentar el formulario de Autorización de Medicamentos completado por el proveedor médico y firmado por los padres para poder ser administrado.

Ranchos Lisa 575-737-6153.	Arroyos Carmela 575-737-6175.	Taos Middle 575-737-6000.	Taos High/Chrysalis April 575-751-8074.	Enos/ Cyber Magnet Krissy 575-737-6075.
----------------------------------	-------------------------------------	------------------------------	---	---