

Servicios de salud para jóvenes del condado de Dawson prekínder Formulario de consentimiento

Nombre del estudiante _____ Grado _____ Maestro _____
 Fecha de nacimiento _____ Médico _____ Teléfono _____

Historia de salud– ¿Su hijo tiene o ha tenido alguna vez:

Asma	Sí No	Discapacidad de aprendizaje	Sí No	Limitaciones de Educación Física	Sí No
Diabetes	Sí No	Escuchando problemas	Sí No	Alergias a los alimentos	Sí No
Trastorno convulsivo	Sí No	Problemas de la vista	Sí No	Otra enfermedad (lista)	
Limitaciones físicas (lista)	Sí No	Usa anteojos/lentes de contacto	Sí No	Lista de alergias (alimentos, ambientales, medicamentos)	

Por favor explique cualquier **SÍ** respuestas Proporcione toda la información que ayude a la enfermera de la escuela a comprender y ayudar con las necesidades de su hijo.:

Medicamentos tomados en casa (lista) _____

SI SU HIJO TIENE ASMA

¿Tendrá que llevar su inhalador en la escuela? **Sí No** Si es así, un *Plan de seguridad/acción contra el asma* será requerido (disponible en la clínica).

SI SU HIJO TIENE UNA ALERGIA SEVERA

¿Tendrá que llevar consigo su EpiPen en la escuela? **Sí No** Si es así, un *Acción de Emergencia/Plan de Seguridad* será requerido (disponible en la clínica).

Tylenol es el único medicamento que se ofrece para Pre-K.

Indique si su hijo puede tomar Tylenol. Sí No _____

PAGpadre/tutor _____ Dirección: _____
 N.º de casa _____ N.º de celular _____ N.º de trabajo _____ Correo electrónico _____
 Medicaid/Peachcare No. _____ Otro nombre de seguro yd No. _____

En caso de emergencia, si no puede comunicarse con el padre/tutor, comuníquese con:

Nombre/Relación/Teléfono: _____

Nombre/Relación/Teléfono: _____

Por favor firma SÓLO UNO de las siguientes líneas:

SÍ, Doy permiso para que mi hijo reciba servicios gratuitos de la clínica escolar. Entiendo que todos los servicios son confidenciales. He dado información precisa y completa a mi leal saber y entender. Me doy cuenta de que este permiso está vigente hasta que se me notifique por escrito lo contrario. En caso de accidente grave o enfermedad grave. El personal de la clínica escolar tiene mi permiso para transportar a mi hijo al Centro de atención médica más cercano a través de los Servicios médicos de emergencia si no estoy disponible para ser contactado en caso de una emergencia. Las tarifas de transporte y servicios médicos serán responsabilidad del padre/tutor que se firma a continuación.

Este permiso permanece en vigor desde la fecha de este documento hasta el 12^{el} calificación a menos que sea revocada por escrito. Acepto actualizar este documento si cambia la información de atención médica y de contacto.

Padre/Tutor _____ Fecha _____

No, Ino Quiero que mi hijo recibano emergente servicios de salud, y acepto ser Inmediatamente disponible cuidar a mi hijo en la escuela en Todo el tiempo.

Padre/Tutor _____ Fecha _____