

Servicios de salud para jóvenes del condado de Dawson Formulario de consentimiento médico (K-12)

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

¿Quién debe ser contactado primero por la enfermera escolar? Madre Padre Tutor
 Haceelestudiante vive principalmente con? Padres Madre Padre Tutor
 ¿Tu hijo tiene seguro? Sí No

Por favor complete la información de contacto:

Madre: _____ Número de contacto principal: _____
 Padre: _____ Número de contacto principal: _____
 Tutor: _____ Número de contacto principal: _____

Historia de salud- Hacesu niño 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)	

Si su respuesta es SÍ, explique con el mayor detalle posible: _____
 Medicamentos tomados en casa (lista): _____

Si su hijo tieneASMA

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

Si su hijo tiene unALERGIA GRAVE

¿Tendrá que llevar consigo su EpiPen en la escuela?**Sí No** ¿Dónde se encuentra el EpiPen?**La clínica o en Estudiante?**
 Si es así, un**Acción de Emergencia/Plan de Seguridad** será requerido (disponible en la clínica o en el sitio web).

PENETRARcualquiera de los siguientes medicamentos que usted **NO** quiere que su hijo tenga.

TYLENOL	PASTILLAS PARA LA TOS	SOLUCIÓN SALINA PARA OJOS	PE SUDAFED
IBUPROFENO	LOCIÓN DE CALAMINA	ORAJEL	CREMA PARA QUEMADURAS
MYLANTA/TUMS	HIDROCORTISONA CREMA	COBRE/VIFROTAR VAPOR DE CK	ALIVIO DE LAS PICADURAS
BENADRYL (líquido/ungüento/rociar)	ANTIBIÓTICO UNGÜENTO	*ANTITOSOS Y/O EXPECTORANTE INFANTIL (GRAMOuafenesina y/o dextrometorfano)	

****Preparaciones Genéricas puede ser sustituido. Las Escuelas del Condado de Dawson NO estarán obligadas a proporcionar medicamentos, pero los tendrán a mano si hay fondos disponibles****

En caso de emergencia, si no puede comunicarse con el padre/tutor, comuníquese con: (la persona indicada podrá recoger a mi hijo de la escuela)

Nombre/Relación/Teléfono: _____
 Nombre/Relación/Teléfono: _____

Por favor firmaSÓLO UNO de las siguientes líneas:

SÍ, Doy permiso para que mi hijo reciba servicios gratuitos de la clínica escolar, incluidos, entre otros, limitado escuchar, exámenes dentales, de la vista y nutricionales. 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 un accidente mayor o una enfermedad grave, entiendo que la escuela hará todo lo posible por comunicarse conmigo. 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.**

Fecha _____ Firma del padre/tutor _____

NO, Ino Quiero que mi hijo reciba no-servicios de salud emergentes y acepto ser **Inmediatamente disponible** cuidar a mi hijo en la escuela en **Todo el tiempo**. Padre/Tutor _____ Fecha _____