

Distrito Escolar Black Hawk Formulario de salud

Complete este formulario anualmente para cada estudiante. Esto garantiza que tengamos información actualizada en nuestros archivos si necesitamos contactar a alguien en una emergencia y brindarle la atención médica adecuada.

Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

Edad

Dirección de casa Teléfono de casa

Tutor(es) legal(es) si
corresponde _____

Padre Lugar de trabajo Trabajo/Teléfono celular Ocupación

Madre Lugar de trabajo Trabajo/Teléfono celular Ocupación

Otros en casa: Hermanas _____ Hermanos _____

Hermanastros _____

Si no vive con ambos padres/tutores, ¿cuál es el acuerdo de custodia?

Plan de atención de emergencia

Médico de cabecera _____ Afiliación clínica _____

Número de teléfono _____ Última visita _____

-ENCIMA-

Esta sección debe completarse con EXACTITUD. Anteriormente, hemos tenido información incompleta y, en caso de emergencia médica, necesitamos brindar atención competente a su hijo.

Condición médica/Enfermedad frecuente/

Medicamentos de urgencia para necesidades especiales de atención médica

Dentista _____ Última visita _____

Número de teléfono _____

Último examen de la vista _____ ¿Anteojos o lentes de contacto? _____

Hospital preferido (en caso de emergencia)

POR FAVOR enumere TODOS LOS MEDICAMENTOS alergias y la reacción.

POR FAVOR enumere TODAS LAS ALERGIAS ALIMENTARIAS y la reacción. Si el estudiante requiere una adaptación (leche especial para la intolerancia a la lactosa), se requerirá un certificado médico.

¿Está el estudiante completamente inmunizado? _____

Parcialmente inmunizado _____

Consulte adjunta las vacunas obligatorias para el estado de Wisconsin

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

Nombre impreso del padre/tutor _____

Distrito Escolar Black Hawk

CONSENTIMIENTO para la autorización de administración de medicamentos de venta libre (OTC) o sin receta

Por favor complete ambos secciones

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

CALIFICACIÓN: _____

*Este formulario deberá ser completado anualmente. Se mantendrá archivado en la oficina de salud de la escuela. Si no hay un formulario firmado, se realizará una llamada telefónica a un padre/tutor en una ocasión. Luego, el formulario se enviará a casa para que lo firmen y lo devuelvan. Estarán disponibles paracetamol, ibuprofeno, Benadryl y Tums. Si lo prefieres puedes enviar un original separado biberón etiquetado para su hijo.

PARA COMPLETAR POR EL PADRE/TUTOR

Por favor ponga sus iniciales en cada medicamento que usted autorice para su administración en la escuela. Circule la forma preferida de medicación.

_____ **Ibuprofeno (Advil)**(para el dolor, la fiebre) Tabletas masticables líquidas

_____ **Acetaminofén (Tylenol)**(para el dolor, la fiebre) Tabletas masticables líquidas

_____ **Benadryl**(para reacción alérgica, picazón) Tabletas líquidas

_____ **Giros (fuerza regular)**

___ Doy permiso para que los medicamentos anteriores se administren según las indicaciones

Las personas calificadas y capacitadas en la administración de medicamentos tienen mi permiso para administrar los medicamentos anteriores como se indica en la etiqueta.

FIRMA DEL PADRE / TUTOR: _____ **FECHA:** _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____

[illegible]