

Nombre del Estudiante: _____ Grado: _____ Fecha Nac: _____

Nombre del Doctor: _____ Teléfono de Oficina: _____

Hospital Preferido: _____

Nombre del Dentista: _____ Teléfono de Oficina: _____

Historia Médica

Es sensible a la picada de abeja SÍ NO Si SÍ, describa reacción y tratamiento:

Alergias/Asma _____

Por favor describa CUALQUIER OTRA CONDICION O CAMBIOS en el estatus de salud, incluya reciente hospitalización. _____

Permiso para Medicamentos No- Recetados (dosis de acuerdo con las recomendaciones de la etiqueta para peso y edad)

Mi niño puede recibir los siguientes medicamentos (s) marcados debajo:

_____ Tylenol

_____ Ibuprofen

_____ Mylanta/Tums

_____ Chloraseptic Spray para garganta

_____ Benadryl capsulas/líquido: usado para la picada de abeja/reacciones alérgicas

_____ Topical Medicamentos oculares(Peroxido Hidrógeno; Antibiótico; Crema de Hydrocortisone/

_____ Crema Benadryl; Crema Caladryl; Crema para picazón; Vaselina; Carmex/Blistex; Sting Kill; Loción de

_____ Mano /cuerpo; Gotas para los ojos/ Saline)

Comentarios adicionales

instrucciones: _____

Autorizo a la enfermera o al personal de la escuela bajo la supervisión de la enfermera de la escuela a ser mi agente para darle el medicamento arriba marcado para mi hijo(a). POR FAVOR VEA: Las marcas genéricas son usadas en la mayoría de los casos y los medicamentos son dados con moderación.

Firma del Padre /Encargado: _____

Fecha: _____

En caso de una emergencia, si la escuela no puede comunicarse conmigo, doy mi permiso para llevar a _____ al hospital mas cercano o facilidad apropiada para la atención médica. La información

(Nombre del Estudiante)

médica puede ser compartida con el personal de la escuela, EMT's, y personal del hospital en caso de querer saber lo básico. Si fuera necesario llamar una ambulancia, será la responsabilidad del padre /Encargado de pagar por este servicio.

Firma del Padre /Encargado: _____ **Fecha:** _____

Política Sobre Medicamentos de Westfield Washington Schools:

* Todo medicamento necesitado durante las horas de la escuela será dado por la enfermera, administrador, o personal designado de la oficina.

* Todos los medicamentos, con o sin receta, **deben estar en el envase original.**

* La escuela proveerá el medicamento disponible sin receta anotado arriba el cual será administrado durante el año escolar sólo si el padre /encargado completa la forma. Esta forma solo es válida por el año escolar por el cual se firmo.

* **Para proteger a nuestros estudiantes, todo medicamento, con receta y sin receta deben ser traídas a la oficina de la enfermera por un padre o encargado, o un adulto escogido por el padre o encargado.**

* **No se le permitirá a ningún estudiante llevar medicamento consigo.** Cualquier excepción a esta regla será hechas sólo con la aprobación de la enfermera y /o el Principal.

* Cualquier medicamento sin uso que no se reclame por el padre será destruido por personal de la escuela

cuando no se este administrando el medicamento al final del año escolar.

