**Programa de la Salud de la Escuela de Salud Publica del Condado de Calhoun**

**Informacion de Salud Estudiantil**

**Ano Escolar 2017 - 2018**

**Maestro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre de Estudiante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_**

*Apellido Primer Initial Medio* **Hombre  Mujer**

**Domicillo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Calle Ciudad Zona Postal*

**Raza** Blanco/Caucasico Negro/Afroamericano Nativo Americano Asiatico Otro

**Etnicidad** No Arabe/No Hispano Hispano Arabe Nativo Americano Otro

**Tiene el estudiante un seguro de salud?** Medicaid Privado Ninguno

Si ninguno, le gustaria informacion sobre Healthy Kids, MI Child, Condado de Calhoun Plan de Salud? Si No

**Nombre de Medico Y Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de la ultima fisicol\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre del Dentista y Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha del Ultimo examen dental\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Tiene el estudiante alguna de las siguientes:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Alergias a los medicamentos:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Tratamiento de Emergencia  Si  No | Tratamiento  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Alergias a los alimentos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Tratamiento de Emergencia  Si No | Plan Y Medicamentos en la Escuela  Si  No |
| Picadura Alergias: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Tratamiento de Emergencia  Si No | Plan Y Medicamentos en la Escuela  Si  No |
| Asma: Desencadenado por:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Inhalador Si No  Nebulizador Si No | Plan Y Medicamentos en la Escuela  Si No |
| Diabetes  Deseado range azucar en la sangre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Use  Insulina Si No | Plan Y Medicamentos en la Escuela  Si  No |
| Epilepsia/Convulsiones Ultima Convulsion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Describe convulsion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Medicacion Si No | Plan Emergencia en la Escuela  Si  No |
| Problemas Cardiacos  Describe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Medicacion Si No  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Restricciones  Si  No |

**Haga una lista de enfermedades graves, cirugias, lesions y conmocion cerebral\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ojos** | Gafas | Lentes de contacto | Otro |
| **Oreja** | Tubos | Infecciones frequente | Audifono  Dificultad escuchando (Explica)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Otro (Marque que aplica)** | | Trastornos de la sangre | | Problemas de Salud Mental | | |
|  | ADD/ADHD | Problemas Dentales | | Hemorragia Nasal | | |
|  | Defectos de nacimiento | Desorden Alimentico | | Problemas de la Piel | | |
|  | Problemas de Vejiga/Intestino  Problemas de presion | Dolor de cabeza  Problemas de Menstruacion | | Problemas de Sueno  Educacion Especial | | |
| **Describe cualquier cosa comprobado anteriormente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | |
| **Que medicamentos se toman con regularidad?** | | |  | |  | |
| Medicacion:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cantidad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tiempo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Razon:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Medicacion:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cantidad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tiempo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Razon:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Medicacion:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cantidad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tiempo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Razon:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Medicacion:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cantidad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tiempo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Razon:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Medicacion:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cantidad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tiempo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Razon:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
|  | | | | | | |
| ***Firma de Padre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** | | | ***Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_*** | |  | |
| **(Completa los dos paginas)** | | | | | |

**Programa de la Salud de la Escuela de Salud Publica del Condado de Calhoun**

**Consentimiento Para el Tratamiento**

**Ano Escolar 2017 - 2018**

**Nombre del Estudiante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de Nacimiento\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_**

Yo doy permiso para que mi hijo reciba examines de salud, recoleccion de medicion de datos/BMI y educacion para la salud con la encuesta pre/post, el tratamiento basico de atencion de la salud, y la atencion de emergencia. Ademas, la enfermera escolar puede administrar cualquiera de los medicamentos listados a continuacion de acuerdo con los protocolos establecidos desarrollados para el Programa de Bienestar Escolar Departamento de Salud Publico del Condado de Calhoun.

|  |  |
| --- | --- |
| * OTC urguento antibiotico | * Masticables antiacido comprimidos (Tums) edad apropiado |
| * OTC Antihistaminicos Crema * Crema topica antihongos * Eucerin Locion (para la piel seca) | * Caladryl/Locion de Calamina * OTC Hidrocortisona 1% en crema * Sulfadiazina de Plata 1% Crema (Silvadene para las quemaduras) |
| * Acetamiofeno (Tylenol) | * OTC difenhidramina oral HTV (Benadryl para la reaccion alergica) |
| * Ibuprofen (Advil) * OTC Oral Laratadina (Antihistaminicos) * Pastillas para la tos/garganta * Orajel para el dolor de dientes | * Esteril wash para la piel y ojos * Gotas para ojos (sin medicacion) * Insta Glucosa |

* Entiendo que todos los medicamentos que seran administrados por personal de la escuela o son auto-realizado por el estudiante require la **Administracion de Medicamentos Formulario** **de Autorizacion** para ser completada por el Padre y el Medico antes de la Administracion. Todos los medicamentos deben estar en un envase original, debidamente etiquetado y dispensados por un medico/farmaceutico, o estar en el original en el mostrador de envasado.
* Si me ha dado ni he tenido la oportunidad de revisar el CCPHD Aviso de Privacidad, y puede tener una copia previa solicitud.
* Certifico que estoy autorizado para firmar el consentimiento de la persona nombrada en el presente documento.
* Mas que permitir la divulgacion de informacion al proveedor de atencion primaria/especialista de mi hijo, y personal de la escuela con respect a atencion de seguimiento para la evaluacion/tratamiento proporcionado, la coordinacion de los servicios de atencion o de la escuela.
* Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento durante el ano escolar poniendose en contacto con la oficina de Salud.

**Nombre de Padres (escribe nombre)*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

**Nombre de Padres (firma): Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Madre** | | | |
|  | Casa # | Empleo #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Celular # |
| **Padre** | | | |
|  | Casa # | Empleo # | Celular # |

**INFORMACION DE CONTACTO DE EMERGENCIA -** Debe ser completado con alguin que no sea el padre anterior.

**Nombre (Escribe su nombre): Relacion del Nino: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**# de Casa: # de Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ # de Empleo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

* El Departamento de Salud Publica del Condado de Calhoun tiene occasion de utilizer fotografias de los estudiantes y enfermera de la escuela en nuestras presentaciones para promover nuestro programa de bienestar escolar a los miembros de la comunidad y las instituciones de financiacion. Concedo Calhoun Condado de Saluda Publica y sus respectivos agentes, empleados, agentes, representantes y el derecho, pero no la obligacion de incorporar o utilizer fotografia fija(s) de cualquier manera el condado considere oportuno.

*Si, doy el consentimiento Initial\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No,doy el consentimientos Initial\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**\**ESTE CONTENIDO ESTARA EFFECTO PARA EL ANO ESCOLAR 2016-2017***

**(COMPLETA LOS DOS PAGINAS)**