

Sistema Escolar del Condado de Atkinson Forma de Permiso de Salud Escolar 2020-2021

Nombre del Estudiante: _____ / _____
(Apellido) (Primero) (Initial) (Número de seguridad social)

Grado Escolar/Aula Sede: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Raza: _____
Mes / Día / Año

Dirección Actual: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Nombre de la Madre y Nombre del Padre: _____ Teléfono: _____

Número de teléfono de trabajo o celular de padre: _____ Número de teléfono de trabajo o celular de madre: _____

Nombre de Contacto de Emergencia y Número de Teléfono: _____

Medicaid: SÍ NO Medicaid #: _____ Peachcare: SÍ NO Peachcare #: _____

Médico de Cabecera: _____ Teléfono: _____ Seguro Médico: SÍ NO

MEDICACIONES (Por favor ponga todas las medicaciones en una lista que este estudiante toma actualmente):

LA HISTORIA MÉDICA -- Por favor marque (v) todo lo que se aplica a este estudiante ahora o en el pasado:

- | | | |
|---|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Problemas de corazón | CIRUGÍA (cuando y que tipo): |
| <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral | <input type="checkbox"/> Hipertensión | _____ |
| <input type="checkbox"/> Fibrosis Cística | <input type="checkbox"/> Hiperactividad | _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Asimientos o Epilepsia | |
| <input type="checkbox"/> Infecciones de oído frecuentes | <input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes | Otros Problemas o Deficiencias: |
| <input type="checkbox"/> Problemas audición | <input type="checkbox"/> Problemas de visión | _____ |
| <input type="checkbox"/> Usa un audífono | <input type="checkbox"/> Usa lente de prescripción | _____ |

ALERGIAS (por favor ponga cualquier alergias en una lista que este estudiante tiene a medicaciones, comida, picaduras de abeja, etc.)

Alergia: _____ Descripción de Reacción: _____ EIPEN --- () SÍ () NO

En caso de la enfermedad grave / accidente, la enfermera escolar dará primeros auxilios y se pondrán en contacto a los padres. Si no pueden ponerse en contacto al padre o el contacto de emergencia y la situación es muy seria, el estudiante será transportado al cuarto de emergencia más cercano o 911 será llamado para el transporte inmediato al cuarto de emergencia. Los honorarios de transporte y servicios médicos serán la responsabilidad del padre/guarda.

Doy el permiso para la enfermera escolar para administrar Tylenol sin la notificación adicional a los padres para incomodidades menores según el protocolo de Southeast Health Unit mientras en la escuela. Libero, y no sostendré responsable, el sistema escolar, el Bordo de la salud, y la enfermera escolar de ninguna reacción adversa que podría ocurrir a consecuencia de la toma de esta medicación.

SERVICIOS DE SALUD PROPORCIONADA POR LA ESCUELA

- La evaluación de la enfermera de enfermedades, heridas, y otros problemas relacionados con la salud
- La evaluación de heridas (si es necesario, los primeros auxilios serán proporcionados)
- El Tylenol será administrado en una dosis apropiada de edad para incomodidades menores con el consentimiento paternal
- Pruebas para visión y para audición Peso y Altura
- Evaluaciones de tensión arterial
- Información de salud Buena Información de Nutrición
- Administración de medicación de prescripción con consentimiento paternal
- Evaluaciones de salud de Georgia Better Health con consentimiento paternal

Consiento para mi niño en recibir servicios médicos mientras en la escuela.

No quiero que mi niño reciba cualquier servicio médico en la escuela.

La Firma del Padre _____ **Fecha** _____