

**JEFFERSON Sistema escolar del condado**  
**FORMULARIO DE PERMISO DE SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR 2023-24**

Student's Name: \_\_\_\_\_ Address \_\_\_\_\_ S.S. \_\_\_\_\_  
Grade \_\_\_\_\_ trabajada profesor \_\_\_\_\_ Birthdate \_\_\_\_\_ Sex: F de M \_\_\_\_\_ School \_\_\_\_\_

**Tipo de cuidado de la salud:** *Check uno: Medicaid \_\_\_\_\_ de PeachCare \_\_\_\_\_ el seguro \_\_\_\_\_ no el seguro \_\_\_\_\_*  
**De nombre de la compañía de seguros** \_\_\_\_\_  
**Número de Medicaid de aseguradora de** \_\_\_\_\_

**Historia de la salud de los alumnos (por favor marque todas las que correspondan)**

- ASTHMA  Convulsiones y epilepsia  FIBROSIS quística  Escoliosis  
 Problemas de corazón  Problemas de riñon  Sangrado de tendencias  ADD/ADHD  
 SICKLE CELL DISEASE  Problemas de estomago  Sangra la nariz FRECUENTE  Depresión  
 Dolores de cabeza  Trastornos de la piel  DIABETES  Otro comportamiento  
 Otros problemas de \_\_\_\_\_ de problemas MEDICAL

**LIST**

¿Su hijo requiere asientos especiales en el aula? Specify \_\_\_\_\_

¿Does su hijo llevar gafas audifono/contactos (por favor, haga un círculo)?

¿Su hijo tiene cualquier condición que limite las actividades físicas? List \_\_\_\_\_

¿Por favor, incluya cualquier cirugías o hospitalizaciones?

Por favor, incluya cualquier medicamentos que rutinariamente lleva a su hijo y times \_\_\_\_\_

**Proveedor de servicios de salud** \_\_\_\_\_ **Phone no del niño.** \_\_\_\_\_

**Child's Dentist** \_\_\_\_\_ **Phone No.** \_\_\_\_\_

**ALERGIAS**

¿Su hijo es alérgico a algún medicamento? \_\_\_\_\_ Please List \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo cualquier alergias a los alimentos? \_\_\_\_\_ Please List \_\_\_\_\_

¿Su hijo ha tenido una reacción alérgica a cualquier picaduras de abeja/insecto? En caso afirmativo, ¿qué tipo de reacción se produce?

¿Su niño necesitará un Epi-pen en la escuela? ¿Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Will su hijo necesita un inhalador en la escuela? Yes \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA**

Padre/Guardian \_\_\_\_\_ Phone (Home) \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

Teléfono (trabajo) \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_ de teléfono (particular) de

madre/Guardian \_\_\_\_\_

Teléfono (trabajo) \_\_\_\_\_

**SI LOS PADRES NO PUEDEN SER ALCANZADOS, UNA LISTA DE DOS PERSONAS CERCANAS A QUIEN DÉ PERMISO PARA ASUMIR CUIDADO DE SU HIJO**

Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS PARA SER DADA POR PERSONAL DE LA ESCUELA:**

**SÓLO del tratamiento medicina ordenó por su niño DOCTOR Y ACETAPMINAPEHN Y IBUPROFENO (como Tylenol y Advil) homologado por padres WILL BE dada durante la escuela día BY escuela de personal.**

**NO MEDICAMENTOS SERÁN ADMINISTRADOS SIN ESTE PERMISO FIRMADO FORMA DEL PADRE**

Me herby conceder el permiso de la escuela para dar tratamiento necesario de menor importancia o medicamentos de venta sin receta a mi hijo. Autorizar a la escuela para discutir y compartir información adecuada y necesaria con otros organismos de salud, médico de atención primaria de mi hijo con el propósito de seguimiento según sea necesario. Yo también conceder el permiso de escuela para llevar salud de rutina de detección (visión, audición, dental, etc.) para mi hijo y notificarme de cualquier resultados anormales.

En caso de enfermedad y lesiones graves, la escuela será proporcionar primeros auxilios y se contactará con los padres. Si ni el padre ni designado puede ser alcanzado y la situación es muy grave, el alumno será transportado a la sala de emergencias más cercana o EMS serán contactados para el transporte inmediato a la sala de emergencias. **Las tarifas de transporte y los servicios médicos estarán a cargo de sus padres o tutores.**

\_\_\_\_\_ Estoy de acuerdo para que mi niño recibir servicios de salud escolar. **Yo le notificará la escuela de cualquier cambio en el estado de salud de mi hijo.**

\_\_\_\_\_ No quiero mi niño para recibir servicios de salud escolar.

FIRMA DEL PADRE O TUTOR: \_\_\_\_\_ DE FECHA \_\_\_\_\_