

Entregado a los padres: IHP \_\_\_\_\_ (IHP rechazado \_\_\_\_\_) Formulario médico \_\_\_\_\_ 504 Carta \_\_\_\_\_  
 El estudiante tiene un: 504 \_\_\_\_\_ IEP \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_  
 Agregado a Skyward \_\_\_\_\_

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE SALUD ESTUDIANTIL DE LAS ESCUELAS DEL CONDADO DE SUMNER**  
**Año escolar 2021-22**

Estimados padres / tutores: Complete la siguiente información, **DELANTERA Y ATRÁS**, y devuélvala lo antes posible. Esta información solo se compartirá con el personal escolar necesario para mantener y promover la salud / bienestar del estudiante.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Sexo: masculino / femenino Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Aula o Maestra del primer período: \_\_\_\_\_

Escuela a la que asistió el año pasado: \_\_\_\_\_

El estudiante: Usara el autobús \_\_\_\_\_ (Número del autobús: AM \_\_\_\_\_ PM \_\_\_\_\_) Usara un automóvil \_\_\_\_\_ Conduce \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_  
 Los padres / tutores son responsables de proporcionar TODOS los medicamentos, incluidos los medicamentos de venta libre (OTC), para sus hijos. Todos los medicamentos deben ser entregados a la escuela en persona por el padre, tutor o el adulto designado por el padre / tutor.

Marque y explique en el espacio a continuación si su hijo, **ACTUALMENTE** o **SOLO EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS**, ha tenido alguna de las siguientes condiciones:

Enfermedad / condición	Si	No	Por favor explique / explique aquí:
Diabetes			En caso afirmativo, ¿Tipo I o Tipo II? (por favor circule) ¿Alguna medicación?
Problemas del corazón			
Problemas renales o urinarios significativos			
Asma (en los últimos 2 años)			¿Se usa un inhalador de rescate? S / N ¿Otros medicamentos?
Preocupaciones psicológicas			En caso afirmativo, indique los medicamentos actuales:
Problemas estomacales / intestinales			
Trastorno convulsivo			Tipo: _____ Fecha de la última convulsión: _____ Medicamentos: _____
			¿Se prescribe Diastat? S / N ¿Se ha dado alguna vez? S / N Fecha de la última fecha: _____
Alergias que amenazan la vida			¿A qué? _____ ¿Se prescribe un EpiPen®? S / N ¿Se ha usado alguna vez? S / N Fecha de la última utilización: _____
			¿Benadryl se administra con EpiPen®? S / N
Enumere todas las otras alergias conocidas (es decir, medicamentos, alimentos, nueces, picaduras de abejas, etc.):			
Otras preocupaciones importantes de salud:			

¿Tiene su hijo una discapacidad física o mental que limita significativamente una o más actividades importantes de la vida? S / N En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

¿Su hijo toma medicamentos regularmente, no mencionados anteriormente? S / N En caso afirmativo, ¿qué? \_\_\_\_\_

Médico primario del estudiante: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dentista / ortodoncista del estudiante (si corresponde): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Su firma es un consentimiento informado para compartir información del historial de salud con el personal de la escuela según sea necesario para planes de emergencia y planes de salud. La información de salud del estudiante, dentro del entorno escolar, se limita a la información necesaria para servir a los intereses de educación y salud del estudiante. Su firma le da permiso a la enfermera de la escuela para comunicarse con los proveedores de atención médica de su estudiante con respecto a las preocupaciones de salud.

Nombre del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Trabajo / extensión: \_\_\_\_\_

Dirección (es) de correo electrónico de los padres: \_\_\_\_\_

EL NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

SUMNER COUNTY SCHOOLS  
PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

**NUNCA ENVÍE MEDICAMENTOS DE NINGÚN TIPO A LA ESCUELA CON SU HIJO.** Solo se administrarán los medicamentos necesarios para mantener la asistencia del estudiante. Todos los estudiantes deben tener formularios con receta y sin receta completos antes de que la escuela pueda administrar medicamentos al estudiante. **Los medicamentos de venta libre / sin receta se administrarán solo de acuerdo con las instrucciones del paquete**, a menos que estén acompañados por una orden del médico con instrucciones alternativas. Todos los medicamentos recetados requieren la firma del médico y de los padres. La etiqueta de la farmacia **DEBE** coincidir con la orden escrita del médico. Los medicamentos sin receta requieren la firma de uno de los padres únicamente y deben enviarse en un **frasco sellado y sin abrir**. **No se aceptarán bolsas Ziploc, botellas sin etiqueta ni medicamentos vencidos.**

**\*Tenga en cuenta; No se administrarán en la escuela medicamentos y / o tratamientos alternativos como suplementos herbales, medicamentos homeopáticos, vitaminas, ungüentos, suplementos nutricionales, aceites esenciales y cualquier otro producto que no esté regulado por la FDA. Las acciones y los posibles efectos secundarios de estos productos no están disponibles para los proveedores de atención médica y el personal escolar no puede administrarlos de manera segura. \***

- " Los medicamentos matutinos y "1 vez al día" deben administrarse en el hogar. Esto incluye medicamentos de venta libre como Advil y Tylenol.
- " Los antibióticos ordenados **menos de 4 veces al día** no se administrarán durante el horario escolar.
- " Los narcóticos no se administrarán rutinariamente durante el horario escolar.
- " Se debe completar un nuevo formulario de medicamento **cada año escolar**. Esto incluye pedidos de insulina y medicamentos de emergencia.
- " Las pautas de medicación para las Escuelas del Condado de Sumner no permiten la administración de aspirina o productos que contengan aspirina sin la orden de un médico (BC Powder, Pamprin, Excedrin Migraine, Bayer Aspirin, Midol, Goody's Powder, Pepto-Bismol, etc.). Si no está seguro de si un producto contiene aspirina, consulte la lista de ingredientes activos para "salicilato" o "ácido salicílico" o consulte a su farmacéutico. Si estos productos deben administrarse durante el horario escolar, se requerirá una orden del médico.
- " Cualquier cambio en la medicación debe ir acompañado de un nuevo formulario, con los cambios anotados y firmados por el médico. Esto incluye suspender un medicamento diario.
- " Todos los medicamentos no utilizados solo se devolverán al adulto designado por el padre / tutor / padre. Si no se recoge el medicamento dentro de las dos semanas posteriores a la solicitud, o si se suspende el medicamento, se descartará. No se almacenarán medicamentos durante el verano; **Los medicamentos que quedan al final del año escolar serán descartados después de la salida en el último día completo de instrucción.**
- " Ningún estudiante debe transportar o poseer medicamentos en la propiedad escolar, aparte de los medicamentos de emergencia permitidos por la ley estatal y la orden del médico (es decir, EpiPen, inhalador de rescate, glucagón, enzimas CF).

He leído y entiendo la información anterior y soy consciente de que mi hijo no recibirá medicamentos en la escuela a menos que mi designado o yo lo traigamos. Entiendo que se me notificará que venga a la escuela para firmar cualquier medicamento que no se traiga en correctamente.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**PADRE / TUTOR POR FAVOR COMPLETE AMBOS LADOS DE ESTE FORMULARIO**

\_\_\_\_\_  
Notas de la enfermera / personal únicamente:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sumner County Board of Education  
ENCUESTA DE IDIOMA EN CASA

Nombre del Alumno: \_\_\_\_\_  
Primero Medio Apellido

Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

Número Telefónico: \_\_\_\_\_

1. ¿Nació el alumno en los Estados Unidos? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Si la respuesta es sí, ¿en qué estado nació el alumno? \_\_\_\_\_

Si la respuesta es no, ¿en qué país nació el alumno? \_\_\_\_\_

Fecha de entrada en los Estados Unidos \_\_\_\_\_

2. ¿Qué idioma aprendió su hijo primero? \_\_\_\_\_

3. ¿Qué idioma usa más su hijo afuera de la escuela? \_\_\_\_\_

4. ¿Qué idioma se usa con más frecuencia en la casa de su hijo? \_\_\_\_\_

5. ¿Ha recibido instrucción en inglés como segundo idioma o instrucción formal como aprendiz de inglés? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Si Si sí, ¿para cuántos años? \_\_\_\_ años

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_

¿Completó el programa de ESL (inglés)? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

6. ¿Usted necesita intérprete para las reuniones con maestra? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Si sí, ¿en qué idioma? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha