

**Park City School District**

**Información de Salud Estudiantil**

Nombre del Estudiante (Apellido, Primero, Segundo)	Fecha de Nacimiento	(Rodear) Hombre      Mujer
Dirección (Calle)	Escuela	Grado
Ciudad y Código Postal	Numero Teléfono de Casa	Padre/Tutor Legal (Apellido, Primero, Segundo)

Para mejorar el bienestar de su estudiante en su posición educativo, por favor provee la información siguiente sobre cualquier afecciones médicos que requieren atención específico. Todos los padres/tutores necesitan firmar este formulario en cada uno de los tres lugares. Gracias por su cooperación!

Medico(s) \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dentista(s) \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**HISTORIA MEDICA: POR FAVOR CHEQUAR CUADRADAS APROPRIADAS. SI 'SÍ', COMENTA POR FAVOR.**

NO	SÍ	Afecciones del Salud	Información Adicional
		<b>Alergias (Alimento, Insectos, Medicamento, Látex, Estacional)</b>  <b>Lista de Alergias:</b>	<b>Antihistamínico</b> <b>Sí No</b> <b>Epi-Pen</b> <b>Sí No</b>
		<b>Asma: Rodear uno por favor:</b> <b>LIGERO    MODERADO    GRAVE</b>	<i>Rodear si es necesario en escuela:</i> <b>Inhalador   Nebulizador   Epi Pen</b>
		<b>Diabetes: Rodear uno por favor:</b>  <b>Tipo I            Tipo II    Glucagón    Sí No</b>	Se necesita insulina en escuela? <b>Sí No</b> <b>Bomba   Pluma   Jeringa</b>
		<b>Ataques (Epilepsia)    Fecha del ultimo caso?</b>  <b>Tipo de Ataques:</b> <b>Estudiante tiene un Estimulador del Nervio Vago?    Sí No</b>	Se necesita medicamento en escuela? <b>Diastat</b> <b>Nasal Versed</b> <b>Otro</b>

		<b>Desorden del Espectro del Autismo</b>
		<b>Medicamento necesitado en escuela (use otro hoja de papel si es necesario)</b>  <b>Tipo: _____    Dosis: _____    Cuando: _____</b>
		<b>Otras Afecciones del Salud:</b> (por ejemplo: CP, ADHD, etc)
		<b>Su estudiante requiere un procedimiento o aparato específico en escuela?</b> (Sonda para alimentación, catéter, silla de ruedas, audífono, etc)
		<b>Su estudiante tiene problemas de los ojos o la visión? (explicar)</b> <b>Usa Lentes?    Sí    No            Usa Lentes de Contacto?    Sí    No</b>

Si su hijo tiene cualquier afección(es) del salud o necesidades del medicamento en escuela necesitará un plan de atención médico. El plan de atención medico necesitará ser completado cada año. Una firma del padre y un medico es obligatorio. Por favor contactar la enfermera escolar de su estudiantes si tiene preguntas o para los formularios apropiados.

Los formularios de Health Care Plan (Plan de Atención Medica) son disponibles en línea en <http://www.pcschools.us/index.php?page=143> o en la pagina web: District [www.pcschools.us](http://www.pcschools.us) Departments>Health Services>Health Care Plans.

**Reconocimiento del Padre/Tutor Legal:**

- Entiendo que en caso de accidente/lesión/enfermedad de mi estudiante, la escuela llamará a una ambulancia si lo considera necesario. La escuela no es responsable por los costos relacionados.
- Entiendo que la escuela/distrito no provee seguro para los estudiantes. El seguro suplementario está disponible para la compra y estos formularios pueden ser recogidos en cualquier escuela.
- También entiendo que todos los estudiantes que se registran en Park City School District tienen que estar al corriente con las vacunas o tener la documentación de exención apropiada provisto por Summit County Health Department, y los grados K-3 necesitan un examen de visión actual.

\_\_\_\_\_ X Firma del Padre/Tutor Legal

\_\_\_\_\_ Fecha

Nombre del hijo (Apellido, Primero, Medio)

**Si es determinado que mi hijo necesita un Plan de Atención Médico, entiendo que ...**

- Como padre/tutor del estudiante mencionado anteriormente, doy mi permiso a la enfermera escolar para contactar al proveedor de atención médico de mi hijo.
- Doy permiso que el proveedor de atención médica de mi hijo comparta información con la enfermera escolar para completar el Plan de Atención Médico.
- Entiendo que la información contenida en este plan estará compartida con el personal de la escuela en una base de necesidad.
- El padre/tutor es responsable de mantener suministros, medicamentos y equipo necesarios.

*He leído la información anterior.*

\_\_\_\_\_

X Firma del Padre/Tutor Legal

\_\_\_\_\_

Fecha

\* Mi estudiante está cubierto por un seguro médico (rodear)    Sí    No    Medicaid    CHIP    Otro

**Medicamento Durante del Día Escolar**

Park City School District reconoce que los padres o tutores tienen la responsabilidad principal de administrar medicamento. Sin embargo, de vez en cuando un estudiante necesitará ayuda con medicamentos durante horas escolares debido a una afección médica. De acuerdo con 53A-11-601, Código de Utah, los siguientes procedimientos han sido adoptados por el Park City School District Board of Education para tener la capacidad de administrar el medicamento por el personal de la escuela. El director o encargado de su escuela le proveerá la ayuda necesaria si esta ayuda es requerida para su estudiante.

- En el caso de que su estudiante requiera tal ayuda, usted como el padre o tutor del estudiante debe entregar un formulario de Medication Permission firmado y fechado al director de la escuela. Este formulario de autorización también requiere información del proveedor de atención médico del estudiante con respecto a los métodos, cantidades, duración, horario y efectos secundarios posibles del medicamento prescrito.
- Los padres/tutores o un adulto autorizado (NO UN ESTUDIANTE) deben traer el medicamento recetado y/o de venta libre a la escuela en el envase original correctamente etiquetado con el nombre del estudiante en el envase. Esto es para asegurar que la administración de medicamento adecuado. Los padres deben proporcionar un suministro adecuado de medicamentos para evitar la interrupción del tratamiento.
- El personal de la escuela que provee ayuda como se describe arriba en cumplimiento sustancial con la declaración escrita del proveedor de servicios de salud licenciado, no es responsable, civil o criminalmente, para cualquier reacción adversa sufrido por el estudiante como resultado de tomar el medicamento o por interrumpir la administración del medicamento por solicitud de los padres.
- El director de su escuela designará el personal que puede administrar medicamento. Además, la administración de la escuela, de acuerdo con la política del Board, asumirá que sólo los estudiantes con un formulario de Medication Permission, firmado y fechado, recibirán ayuda del personal escolar en la administración medicamento.
- La política del distrito prohíbe que los grados K-7 se auto administren o porten una dosis de un día del medicamento, excepto para inhaladores de asma, insulina y suministros, auto inyectores de epinefrina o enzimas pancreáticas. Los estudiantes en los grados 8-12 no pueden llevar medicamentos recetados en su persona pero pueden llevar un suministro de un día de medicamentos sin receta en el contenedor original para su uso personal solamente. Los medicamentos narcóticos para el dolor no deben ser guardados en la escuela ni administrados por el personal de la escuela. El medicamento no puede ser compartido. Cualquier mal uso de este medicamento puede someter el estudiante a una acción disciplinaria bajo la Política de Escuelas Seguras del Distrito.
- Formularios de Medication Permission están disponibles en su escuela o en el sitio web del Distrito: [www.pcschools.us](http://www.pcschools.us). Vaya a Departments>Health Services>Health Care Plans>Medication Administration Authorization Forms.

*He leído la información anterior.*

\_\_\_\_\_

X Firma del Padre/Tutor Legal

\_\_\_\_\_

Fecha