



distrito escolar de Lonoke

Formulario de salud estudiantil del

Fecha: _____ Alergias: _____

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Padre / tutor 1: _____ Número de teléfono celular: _____

Padre / tutor 2: _____ Número de teléfono celular: _____

Contacto de emergencia: _____ Número de teléfono celular: _____

Nombre del doctor: _____ Número de teléfono: _____

Hospital preferido: ACH Baptist Springhill-NLR Baptist-LR

Aseguranza médico : _____ Medicaid: _____

PREOCUPACIONES DE SALUD ACTUALES:

Marque cualquiera de las siguientes preocupaciones de salud que puedan afectar el día educativo del estudiante.
Esta información se puede compartir con el personal de LPSD según corresponda.

EPI-PEN recetado: Sí o No Alergia a limentos: _____ Insecto / Abeja / Avispa: _____
Ambiental: _____ Medicamento: _____ Otro: _____

CONVULSIONES: Sí o No Tipo de convulsiones: _____ Fecha de la última convulsión: _____
Diastat recetado para convulsiones : Sí o No

ASMA: Sí o No Tipo de inhalador: _____ Nebulizador: _____
(El plan de acción para el asma firmado por el médico que prescribe debe entregarse con un inhalador a la enfermera de la escuela).

DIABETES: Sí o No Medicamentos: _____

PROBLEMAS DEL CORAZÓN: Sí o No Explique: _____

PROBLEMAS DE VISIÓN: Sí o No Anteojos: Sí o No Fecha del último examen de la vista: _____

PROBLEMAS AUDITIVOS: Sí o No Audífonos: Sí o No Fecha del último examen: _____

CÁNCER: Sí o No Tipo: _____

PARALISIS CEREBRAL: Sí o No DISCAPACIDAD FÍSICA: Sí o No _____

PROBLEMAS DE SALUD MENTAL: Sí o No _____

PROBLEMAS NEUROLÓGICOS: Sí o No _____

MEDICAMENTOS: (Enumere todos los medicamentos que su hijo toma de forma rutinaria) 1) _____
2) _____ 3) _____ 4) _____
Otro: _____

A menos que se requiera una hora específica del día o un medicamento debe administrarse más de 4 veces al día y debe administrarse en casa. Todos los medicamentos recetados deben ser proporcionados por los padres y traídos a la escuela para que los padres llenen y firmen un formulario de medicamentos antes de que la enfermera de la escuela pueda administrarlo. La primera dosis de cualquier medicamento debe administrarse en casa.

SANGRADOS DE LA NARIZ: Sí o No Frecuencia: _____

PROBLEMAS INTESTINALES o DE LA VEJIGA: Sí o No Explique: _____

OTROS PROBLEMAS DE SALUD: _____



distrito escolar de Lonoke

Formulario de salud estudiantil del

Los medicamentos de venta libre sólo se administrarán cinco (5) veces en un semestre. Más de cinco (5) veces deben tener una orden del médico con un diagnóstico. El medicamento de venta libre deberá proporcionarse desde casa. (Esto es para evitar el uso excesivo de medicamentos de venta libre, que pueden causar efectos adversos no deseados)

Doy mi permiso para lo siguiente:

- Mi hijo(a) será transportado en ambulancia en caso de emergencia Sí o No
- Mi hijo(a) será transportado a un médico local consultorio para atención de urgencia Sí o No
- Mi hijo debe recibir medicamentos orales para enfermedades menores: Tylenol, Tums, pastillas para la tos, Orajel, spray cloraseptico, para resfriado de los niños y para la congestión nasal, Claritin (Loratadine), Zyrtec (Cetirizine) para las alergias. Sí o No

Ningún niño debe tener medicamentos en su poder; esto no está permitido en absoluto en la escuela primaria. Los padres de la escuela intermedia y secundaria pueden completar un formulario de autocargo en situaciones aprobadas. (Tiene que recoger un formulario de la enfermera. Los padres deben completar el formulario. El formulario debe ser aprobado y firmado por su médico. La administración / enfermera tiene el derecho de revocar esto si el estudiante muestra un comportamiento irresponsable o hay un riesgo de seguridad)

Acepto que mi hijo(a):

- Reciba primeros auxilios o tratamiento tópico para lesiones menores o trastornos de la piel si es necesario (ungüento antibiótico, torunda mojada de alcohol, peróxido de hidrógeno, vendajes, calamina, Solar Caine o dermoplast para quemaduras solares leves, crema para la picazón, etc.) Sí o No
- Reciba una solución de lavado de ojos para eliminar cuerpos extraños como polvo de los ojos. Sí o No
- Reciba Benadryl si se presentan signos y síntomas de una reacción alérgica. Sí o No
- Para participar en las siguientes evaluaciones: Altura / Peso (Ley 1220 de 2003) y Escoliosis (Ley 95 de 1987) Sí o No

No haré que las Escuelas Públicas de Lonoke sean financieramente responsables por la atención de emergencia y / o el transporte de mi hijo(a). para atención médica. Con el fin de facilitar la atención médica, entiendo que la información anterior se puede divulgar a los empleados y al personal de emergencia correspondientes del Distrito Escolar de Lonoke.

Nombre del padre / tutor (en letra de imprenta):

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____

Nombre de la enfermera: (Letra de imprenta):

Firma de la enfermera: _____ Fecha: _____