



Oficina Medica - CONFIDENCIAL
HISTORIAL MÉDICO ESTUDIANTIL
2020-2021

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____ Grado _____

1. Verifique si su hijo tiene alguno de los siguientes y explique a continuación:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Desorden alimenticio |
| <input type="checkbox"/> Asma o trastornos respiratorios | <input type="checkbox"/> Otros problemas de salud mental |
| <input type="checkbox"/> Dificultades de atención | <input type="checkbox"/> Condiciones gastrointestinales |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo 1 ____ Tipo 2 ____ | <input type="checkbox"/> Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Lyme | <input type="checkbox"/> Problemas de peso |
| <input type="checkbox"/> Mononucleosis | <input type="checkbox"/> Problemas menstruales |
| <input type="checkbox"/> Faringitis estreptocócica | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón |
| <input type="checkbox"/> Infección SARM | <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/Migrañas | <input type="checkbox"/> Infecciones del Tracto Urinario |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Problemas de riñón |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Musculoesquelético |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Dolor |
| <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias | <input type="checkbox"/> Usa lentes o lentes de contacto |
| <input type="checkbox"/> Problemas de ira | <input type="checkbox"/> Usa un audifono o tiene dificultades auditivas |

Explicar cualquier respuesta marcada:

2. Anote cualquier problema de salud, condiciones de salud a largo plazo o diferencias de aprendizaje que puedan afectar el comportamiento o la salud en la escuela:

3. ¿El estudiante ha sido hospitalizado o a recibió algún tratamiento por lesiones en el último año?

☐ Si ☐ No En caso afirmativo, anote la fecha y el motivo de la hospitalización o el tratamiento:

4. Anote cualquier problema de salud psicológica/emocional que pueda afectar el comportamiento o la salud en la escuela:

5. Consentimiento para Divulgar Información

La enfermera escolar tiene permiso para divulgar la información de salud anteriormente desglosada según sea necesario para el personal de la escuela (como el Director, Maestro, Consejero Escolar o Consejero Académico).

☐ Si ☐ No

Nombre del Doctor _____

Numero Telefonico _____

Firma del Padre/Tutor _____

Fecha _____

TAPA
Oficina Medica - CONFIDENCIAL
PERMISO PARA DISPENSAR MEDICAMENTOS SIN RECETA MÉDICA
2020-2021

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____ Grado _____
 (Apellido) (Nombre)

TAPA administrará medicamentos sin receta medica aprobados por los padres tutores del niño a discreción de la enfermera de la escuela en consulta con el doctor de la escuela. Un suministro limitado de medicamentos recetados más comúnmente (Tylenol, Motrin, Robitussin DM y Benadryl) estará disponible en la oficina de la enfermera de la escuela para el tratamiento de dolencias imprevistas durante el día escolar. El padre/tutor del estudiante puede proporcionar otros medicamentos sin receta médica según sea necesario. Los estudiantes no pueden llevar consigo ningún medicamento en la escuela, excepto inhaladores o autoinyectores de epinefrina.

Los siguientes medicamentos sin receta médica o su equivalente genérico pueden administrarse a mi hijo a discreción de la enfermera de la escuela. La dosis debe seguir las pautas del fabricante a menos que se especifique a continuación.

<u>Para fiebre/dolor leve:</u> dolor de cabeza, dolores menstruales, dolor musculoesquelético <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Acetaminofeno (Tylenol) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Ibuprofeno (Motrin, Advil)	<u>Para tos leve:</u> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Robitussin DM <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Pastillas para la tos
<u>Para dolor abdominal leve:</u> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tums <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Maalox	<u>Productos Tópicos:</u> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Gel anti-picazón <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Pomada antibiótica
<u>Para reacciones alérgicas menores/erupción cutánea con picazón:</u> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Benadryl	

1. Historial de Medicación

☐ **NO** hay medicamentos tomados diariamente ☐ Medicamentos tomados diariamente (con receta y sin receta).
 Favor de anotar el nombre del medicamento, la dosis y a la hora que es tomado.

2. Historial de Alergias

Anote todas las alergias y reacciones a medicamentos, alimentos y/o ambientales si se conocen:

3. ¿Carga consigo el estudiante un autoinyector de epinefrina? (i.e. EpiPen)? ☐ Si ☐ No

4. ¿Carga consigo el estudiante un inhalador? ☐ Si ☐ No

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____

TAPA
Oficina Medica - CONFIDENCIAL
AUTORIZACIÓN MÉDICA
2020-2021

Nombre del Estudiante _____ **Fecha de Nacimiento** _____ **Grado** _____
(Apellido) (Nombre)

Este formulario debe ser entregado para que cualquier medicamento (incluso aquellos sin receta médica) se administre en la escuela. Debe estar firmado por un proveedor autorizado y un padre. Los estudiantes no pueden llevar consigo ningún medicamento mientras están en la escuela. Todos los medicamentos deben mantenerse en la oficina de la enfermera escolar, excepto los medicamentos específicos listados a continuación.

Para ser completado por un médico o prescriptor autorizado:

Instrucciones especiales para medicamentos inhalados:

☐ Este estudiante es capaz y responsable de llevar y administrar el inhalador prescrito que se indica a continuación.

Instrucciones especiales para el autoinyector de epinefrina:

☐ Este estudiante es capaz y responsable de llevar y administrar por sí mismo el autoinyector de epinefrina prescrito que se indica a continuación.

Medicamento: _____

Dosis: _____ Vía de administración: _____ Tiempo aproximado de administración: _____

Duración de receta: De: _____ A: _____

Diagnóstico/Razón para Medicamento: _____

Restricciones, efectos secundarios u otras instrucciones: _____

Medicamento: _____

Dosis: _____ Vía de administración: _____ Tiempo aproximado de administración: _____

Duración de receta: De: _____ A: _____

Diagnóstico/Razón para Medicamento: _____

Restricciones, efectos secundarios u otras instrucciones: _____

Firma del médico/proveedor autorizado: _____ **Fecha** _____

Dirección: _____

Número Telefónico: _____

Para ser completado por el padre/tutor:

Solicito que a mi hijo se le administre el medicamento listado en la escuela o que sea permitido llevarlo consigo/ auto-administrarse según lo autorice el médico, yo mismo y de acuerdo con la política escolar. El medicamento se debe suministrar a la Oficina de Salud en el envase original de la receta etiquetado con el nombre del estudiante, el nombre del medicamento, la dosis y la frecuencia. Entiendo que si es necesario que mi hijo tome medicamentos en una gira escolar fuera de la escuela, proporcionaré el suministro de medicamentos para un día escolar en el frasco original de recetas para que mi hijo pueda llevarlo consigo y autoadministrarse.

Firma del Padre/Tutor _____ **Fecha** _____