

Sutter County Superintendent of Schools -- Shady Creek Outdoor School Program
 Registro de Estudiantes y Formulario de Salud

PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE O TUTOR

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____ Grado _____ Genero _____	
(Apellido)	(Nombre) (Sobrenombre)
Nombre del Maestro _____ Escuela _____	
Direccion de Casa _____ Ciudad/Codigo Postal _____	
Direccion postal (si es diferente) _____ Telefono de Casa _____	
Padre o Guardian _____	Lugar de Empleo _____ Telefono _____
Padre o Guardian _____	Lugar de Empleo _____ Telefono _____
Contacto de Emergencia _____	Relacion _____ Telefono _____
Nombre del Medico _____	Direccion de Oficina _____ Telefono _____

INFORMACIÓN GENERAL DE SALUD

Marque **TODAS** las condiciones aplicables del niño y explique a continuación

IMPORTANTE:

¿Su hijo trae medicamentos recetados o sin receta al sitio? Si _____ No _____

Si la respuesta es "Sí", entonces debe completar el Formulario de autorización de medicamentos para enviarlo con el medicamento.

¿Ha estado su hijo expuesto a alguna enfermedad transmisible en el último mes? Si _____ No _____

Si la respuesta es "Sí", especifique la enfermedad. _____

Fecha de la última vacuna contra el tétano: _____

Su hijo/a es vegetariana? Si _____ No _____

SI NO (Marque sí o no para cada elemento)

A. ALERGIAS

- Picaduras de abeja Si No
- Picaduras de insectos..... Si No
- Comidas..... Si No
- Fiebre del heno Si No
- Otra/O..... Si No

B. Asma.....

- Si No
- Va a traer medicamentos?..... Si No

C. Problemas de espalda o cuello?..... Si No

D. Aun moja la cama?..... Si No

E. Problemas de estriñimiento? Si No

F. Epilepsia o trastorno convulsivo Si No

G. Desmayos..... Si No

H. Dolores de Cabeza..... Si No

I. Condiciones del Corazon?..... Si No

J. Hemorragias nasales Si No

K. **Hueso roto reciente u otras lesiones** Si No

Parte del cuerpo herida _____ Fecha de Lesion _____

(Describe todas las restricciones de actividad a continuación)

L. **Cirugía reciente** Si No

Parte del Cuerpo _____ Fecha de Cirugia _____

(Describe todas las restricciones de actividad a continuación)

M. Problemas de Sunicitis..... Si No

N. Camina dormido? Si No

O. ADD o ADHD..... Si No

Traera medicamentos?..... Si No

P. Diabetico?..... Si No

Explique brevemente **TODOS** los elementos marcados anteriormente (refiérase a cada elemento por letra) y explique cualquier otro problema médico no mencionado anteriormente (utilice hojas adicionales si es necesario). _____

Alergias: Especifique el(los) tipo(s), la reacción del niño y el(los) tratamiento(s) autorizado(s): _____

Instrucciones para completar el formulario de autorización de medicamentos

Todos los medicamentos recetados y de venta libre se guardan bajo llave en el centro de salud y se administrarán solo según lo autorizado por el padre y el médico del niño. En la cabina del niño solo se pueden llevar inhaladores para el asma. No se administrará ningún medicamento a menos que se reciba en su envase original, con este formulario de autorización firmado.

Pasos para completar el Formulario de Autorización de Medicamentos:

1. Determine si su hijo necesitará traer medicamentos recetados para Shady Creek.

Shady Creek no proporciona medicamentos.
2. Envíe el Formulario de autorización de medicamentos al médico de su hijo para que lo complete. Todos los medicamentos, tanto con receta como sin receta, que no figuran en la lista anterior requieren la firma de un médico y las instrucciones completas (legibles) del médico. No podemos administrar ningún medicamento (recetado o sin receta) que envíe para su hijo sin este formulario firmado.
3. Verifique que todos los medicamentos estén debidamente etiquetados y que se hayan otorgado las autorizaciones.:
 - a. Todos los medicamentos están en sus envases originales..
 - b. Todos los medicamentos están debidamente etiquetados (use cinta adhesiva si es necesario), incluyendo:
 - 1) nombre del estudiante (la receta debe ser solo para el estudiante, no se aceptará ningún otro nombre)
 - 2) Nombre del medicamento
 - 3) Instrucciones precisas de dosificación, cantidad y frecuencia (solo con receta)
 - 4) Nombre del médico (si tiene receta)
 - 5) Iniciales de la escuela, por ejemplo "Tierra Buena" sería T.B.
 - 6) Las etiquetas en español deben traducirse al inglés en el formulario de autorización
 - c. Los medicamentos recetados no esten vencidos.
 - d. Todos los medicamentos se enumeran en este Formulario de autorización de medicamentos firmado con las instrucciones adecuadas para la administración.
4. Doble este formulario y colóquelo en una bolsa Ziploc con todos los medicamentos (tanto con receta como sin receta en los envases originales) y envíe la bolsa a la escuela de su hijo para que la transporte a Shady Creek.
 - a. Etiquete la bolsita con el nombre, la escuela y el maestro de su hijo (use cinta adhesiva)..
 - b. NO envíe ningún medicamento al sitio en la maleta de su hijo.
 - c. Las vitaminas no deben enviarse al sitio a menos que lo ordene un médico..

Si tiene alguna pregunta sobre el medicamento de su hijo o estas instrucciones, comuníquese con la escuela de su hijo o con la escuela al aire libre Shady Creek..

Gracias por su cooperación y ayuda. Agradecemos que se tome el tiempo para completar este formulario. ¡Es información importante que ayudará a que la experiencia de su hijo sea segura y agradable!
(Por favor vea el otro lado)

POR FAVOR COMPLETE EN SU TOTALIDAD Y CUIDADOSAMENTE

Formulario de Autorización de Medicamentos

Para ser completado por el médico del niño

Nobre del Estududiante: _____

(Apellido)

(Nombre)

Nombre de la Escuela: _____ Nombre del Maestro/a: _____

Medicamento _____

Propósito del medicamento _____

Dosis rescrita _____

Horario para medicamento _____

Forma de dosis (tableta, liq) _____

Medicamento _____

Propósito del medicamento _____

Dosis prescrita _____

Horario para medicamento _____

Forma de dosis (tablet, liq) _____

Medicamento _____

Propósito del medicamento _____

Dosis Prescrita _____

Horario para medicamento _____

Forma de dosis (tableta, liq) _____

Medicamento _____

Propósito del medicamento _____

Dosis prescrita _____

Horario para medicamento _____

Forma de dosis (tablet, liq) _____

Precauciones, instrucciones especiales, posibles efectos adversos o comentarios:

El estudiante mencionado está bajo mi cuidado: _____ Numero de Fax: _____

Nombre del medico: Dr. _____ Numero de telefono: _____

Direccion de oficina: _____

⇒ Firma del médico: _____ Fecha: _____

Por la presente autorizo a la escuela a administrar los medicamentos mencionados anteriormente de acuerdo con las instrucciones indicadas.

⇒ Firma del padre: _____ Fecha: _____

Uso exclusivo del técnico de salud: _____

