



### Información Médica de Emergencia del Estudiante

Nombre completo del estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

- ✓ **Su hijo tiene alguna alergia?** En caso afirmativo, especifique a continuación qué tipos de alergias:
- Si
  - No

Alimentos (Nueces, Lácteos, Pescado, etc.): \_\_\_\_\_

Alergenos Ambientales(Abejas/insectos, Animales, etc.): \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

- ✓ **Su hijo tiene alguna EPI-PEN?**
- Si
  - No
- ✓ **Su hijo ve a un alergista para esta alergia?**

Nombre de Alergista : \_\_\_\_\_

Número Tel.: \_\_\_\_\_

- ✓ **¿Tiene su hijo alguna de las siguientes condiciones médicas?**
- Asma
    - Inhalador utilizado
  - Diabetes
  - Desorden hiperactivo y deficit de atencion (ADHD)
  - Dolores de cabeza/Migrañas
  - Convulsiones
  - Enfermedades del corazón
  - Falcemia
  - Problemas de salud mental
  - Estreñimiento o infecciones del tracto urinario (UTIs)
  - Enfermedad celiaca
  - Intolerancias Alimentarias
  - Problemas de visión o audición
    - Lentes/Lentes de contactos utilizados
    - Audifono utilizados

- ✓ **Hay alguna otra condición/preocupación médica que debemos tener en cuenta? ¿Hay algo mas que crees que deberíamos saber sobre tu hijo?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- ✓ **Su hijo toma medicamentos diariamente?En caso afirmativo, por favor especifique a continuación:**
- Si \_\_\_\_\_

- ✓ **¿Deberán estos medicamentos ser administrados en la escuela? En caso afirmativo especifique a continuación:**

Si \_\_\_\_\_

Tenga en cuenta que puede haber ocasiones en que sea necesario compartir parte de esta información con los administradores de la escuela, los maestros u otros miembros de la facultad y el personal de la escuela. Si hay alguna razón por la que no desea que se comparta esta información, comuníquese con la escuela. En caso de una emergencia médica o psiquiátrica y no se me puede contactar, doy permiso a Salem Academy Charter School para que brinde tratamiento al estudiante mencionado anteriormente. Doy permiso para el transporte en ambulancia en caso de tal evento.

\_\_\_\_\_  
Nombre Padre/Tutor

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Salem Academy Charter School  
2021-2022 Año Escolar  
Permiso para Tratar**

**Nombre del Estudiante:** \_\_\_\_\_ **Grado:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

Todos los estudiantes deben haber firmado formularios de permiso para tratar de completar cada año escolar. Este formulario le permite a la enfermera de la escuela proporcionar una cantidad de remedios de venta sin receta según sea necesario, y es revisado anualmente por el Director Médico de la escuela.

Cualquier otro medicamento que no esté en la lista a continuación requerirá una orden por escrito de un médico autorizado (médico, dentista, enfermera practicante) y un permiso escrito de los padres. Todos los medicamentos DEBEN mantenerse en la oficina de la enfermera, a menos que se haya determinado que un estudiante tiene permiso para llevar el medicamento en su persona.

Por Favor **Seleccione todos los medicamentos** que desea que su hijo reciba mientras está en la escuela:

- Tylenol (Acetaminofeno)** Niños de 5-11 años recibirán una dosis según su peso\*  
Niños mayores de 12 años pueden recibir 1-2 tabletas (325-650 mg) cada 4 horas como sea necesario para el alivio del dolor
- Advil (Ibuprofen)** 1-2 tabletas (200-400 mg) cada 4-6 horas como sea necesario para el alivio del dolor
- Benadryl (Difenhidramina)** 1-2 tabletas (25mg-50mg) cada 4-6 horas como sea necesario reacción de hipersensibilidad
- Mentas para la tos** 1 menta cada 2 horas como sea necesario para el alivio de la tos o dolor de garganta
- Ungüento de Bacitracina** 1 – 3 veces al día como sea necesario para cortadas, rasguños, etc.
- Locion de Calamina** Como sea necesario para aliviar la picazón causada por la hiedra venenosa, zumaque venenoso, o el roble venenoso
- Crema Hidrocortisona** 3 veces por día como sea necesario para el alivio de picazón asociado con irritaciones menores de la piel.
- Orajel (Benzocaina)** Cuando sea necesario para el dolor de dientes/muelas.
- Tabletas antiácidas Tums** Para aliviar el ácido estomacal producido por la indigestión , no más de 6 tabletas al día.
- Pramoxine HCL (alivio de picadura)** Como sea necesario para el alivio temporal de las picaduras de insectos, colmenas y erupciones.

Al seleccionar los medicamentos / remedios enumerados anteriormente, doy permiso a la enfermera de la escuela para administrar lo siguiente Medicamentos a mi hijo según los protocolos establecidos. Según mi conocimiento, mi hijo no es alérgico ni sensible a ninguno de los productos mencionados anteriormente. Le doy permiso a la enfermera de la escuela para compartir con el personal escolar apropiado la información relacionada con cualquier inquietud de salud descrita. Doy permiso para que la enfermera de la escuela comparta la información médica pertinente con los proveedores de atención médica apropiados.

**Firma del Padre/ Tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_