

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 _____ (Apellido) (Nombre) (Sobrenombre)		Fecha de Nacimiento _____	Grado _____	Genero _____
Nombre del Maestro _____		Escuela _____		
Dirección de Casa _____		Ciudad/Código Postal _____		
Dirección postal (si es diferente) _____		Teléfono de Casa _____		
Padre o Guardian _____	Teléfono de celular: _____		Casa: _____	
Padre o Guardian _____	Teléfono de celular: _____		Casa: _____	
Contacto de Emergencia _____		Relación: _____	Teléfono: _____	
Nombre del Medico _____		Dirección de Oficina _____	Teléfono _____	

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. _____

¿Están archivados en la escuela los registros de vacunación de su hijo?

Si _____ No _____

*Si la respuesta es "No", adjunte los registros de vacunación a este formulario.

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 estreñimiento? ☐ Si ☐ No

F. Epilepsia o trastorno convulsivo ☐ Si ☐ No

G. Desmayos..... ☐ Si ☐ No

H. Dolores de Cabeza..... ☐ Si ☐ No

I. Condiciones del Corazón?..... ☐ Si ☐ No

J. Hemorragias nasales ☐ Si ☐ No

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

Parte del cuerpo herida _____ Fecha de Lesión _____

(Describa todas las restricciones de actividad a continuación)

L. **Cirugía reciente** ☐ Si ☐ No

Parte del Cuerpo _____ Fecha de Cirugía _____

(Describa todas las restricciones de actividad a continuación)

M. Problemas sinusales... ☐ Si ☐ No

N. Sonambulismo ☐ Si ☐ No

O. ADD o ADHD..... ☐ Si ☐ No

Traerá medicamentos?..... ☐ Si ☐ No

P. Diabético?..... ☐ 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): _____

SE REQUIERE FIRMA O EL ESTUDIANTE NO PUEDE ASISTIR A LA ESCUELA de SHADY CREEK

 _____ Firma del Padre / Tutor
 _____ Fecha

 _____ Firma del Padre / Tutor
 _____ Fecha

He revisado las reglas anteriores con mi hijo y estoy de acuerdo en recogerlo en Shady Creek Outdoor School si me lo piden.

Shady Creek recopilará el nombre del estudiante, las restricciones dietéticas y otra información relevante. Autorizo a compartir esta información con otras escuelas que asistan la misma semana que mi hijo.


 _____ Firma del Padre / Tutor
 _____ Fecha

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. Verifique que:
 - 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 estén 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 Shady Creek Outdoor School.

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

Nombre del Estudiante: _____
(Apellido) (Nombre)

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

Medicamento _____

Propósito del medicamento _____

Dosis recetada _____

Horario para medicamento _____

Forma de dosis (tableta, liq) _____

Medicamento _____

Propósito del medicamento _____

Dosis recetada _____

Horario para medicamento _____

Forma de dosis (tableta, liq) _____

Medicamento _____

Propósito del medicamento _____

Dosis recetada _____

Horario para medicamento _____

Forma de dosis (tableta, liq) _____

Medicamento _____

Propósito del medicamento _____

Dosis recetada _____

Horario para medicamento _____

Forma de dosis (tableta, liq) _____

Precauciones, instrucciones especiales, posibles efectos adversos o comentarios:

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

Nombre del médico: Dr. _____ Numero de teléfono: _____

Dirección 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: _____

