

DISTRITO ESCOLAR DE UPPER ADAMS – PERFIL DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Sólo Para Uso Oficial: Grado: _____ Salón Mañanero: _____
 AM Bus _____ PM Bus _____ Traslado de Bus (si es necesario) _____
 Fecha de Inscripción: _____ Fecha de Entrada: _____
 Año de Graduación: _____ ID del Estudiante: _____
 Verificación de Nacimiento: Certificado de Nacimiento Pasaporte
 Otro _____

Nombre y Apellido del Estudiante: _____

Género: _____

Dirección: Ciudad / Estado / Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección Postal: (Por favor, incluya el PO Box) _____

Ciudad / Estado de Nacimiento: _____

INFORMACIÓN DE SALUD DE EMERGENCIA

Médico de Familia: _____ Teléfono del médico: _____

Dentista de la Familia: _____ Teléfono del Dentista: _____

¿Su hijo/a ha tenido una enfermedad / operación seria? Sí No**Si es que sí, ¿cuál?** _____ **¿Cuándo?** _____¿Está su hijo/a tomando algún medicamento? Sí No**Si es que sí, ¿cuál?** _____ **¿Para que?** _____¿Su hijo/a necesita tomar algún medicamento en la escuela? Sí No**Si es que sí, ¿cuál?** _____ **¿Para que?** _____¿La enfermera de la escuela tiene permiso para darle a su hijo/a Tylenol o Ibuprofeno si lo considera necesario? Sí No Comentario: _____¿Ha sido su hijo/a diagnosticado por un médico con asma? Sí No¿ **Cuáles son los signos y síntomas de un ataque?**: _____¿Necesita su hijo un inhalador en la escuela? Sí No

¿Ha tenido su hijo/a una reacción alérgica a un alimento específico, a un medicamento o a un insecto?

 Sí No**Si es que sí, ¿qué clase de alergia?** _____¿ **Cuáles son los signos y síntomas de la alergia?**: _____

Cuál es el tratamiento necesario: _____

*** Si su hijo/a necesita que se remueva o sustituya un alimento de la charola del almuerzo, la escuela debe tener una nota firmada por el médico de su hijo/a.**

Por la presente certifico que la información precedente es correcta y debe incluirse en el expediente escolar de mi hijo.

Firma Paternal/ Guardian: _____ Fecha: _____

(updated 8/25/2017)

¿Tiene su hijo/a una otra preocupación especial de salud o problemas emocionales (como hiperactividad) que usted o su médico de familia creen que debería ser conocido por las autoridades escolares?

Sí No

Si es que sí, por favor explique: _____

Las leyes escolares de La Salud de Pennsylvania exigen que todos los niños de edad escolar recibirán un examen físico y dental a la entrada original a la escuela. Los nuevos estudiantes que se transfieren a nuestro distrito, independientemente de su grado, están obligados a tener un examen físico y dental si no hay ningún registro disponible de la escuela de Pennsylvania. Por favor, indique si prefiere que el examen se haga por su médico o dentista de familia o por el médico o higienista dental escolar:

Físico Familiar

Físico Escolar

Examen Dental Familiar

Dental Escolar

IMPORTANTE: PRUEBA DE VACUACIÓN SE REQUIERE PARA REGISTRARSE A LA ESCUELA

Por favor, provee a la escuela una copia del registro de inmunización de su hijo/a.

Tenemos que recibir una copia de este registro para que su hijo/a pueda asistir a la escuela.

CONSENTIMIENTO DEL SUPLEMENTO DE FLÚOR DENTAL:

El Distrito Escolar de Upper Adams, conjunto con el Departamento de Salud de Pensilvania, les ofrece un servicio de salud valiosa para su hijo/a. Con el permiso de los padres, los niño/as tienen la oportunidad de recibir diariamente una pastilla de un (1) mg. de flúor dental. El programa se ofrece en los grados K-8. La maestra le dará la pastilla a su hijo/a todas las mañanas. El Programa para El Suplemento del Flúor Dental ha sido recomendada por La Consultora Higienista Dental/ Enfermera Escolar de Upper Adams. Este servicio se continuará de K-8 al menos de que usted retire su permiso.

Este proyecto es muy importante para la salud dental de su hijo/a. Su participación es estrictamente voluntaria y no hay ningún costo. Le animamos que permita que su hijo/a participe en esta actividad de salud valiosa. Este programa de prevención, sin embargo, no debe tomar el lugar de cuidado dental regular por su dentista o el cuidado adecuado del hogar. Por favor, marque a continuación para indicar si desea que su hijo/a participe en este programa:

Me gustaría que mi hijo/a participe en el programa escolar del suplemento de flúor dental ofrecido por la UASD. Entiendo que este permiso será válido hasta el grado 8, a menos que notifique a la escuela para discontinuar la dispensación de las pastillas de flúor dental.

No me quiero que mi hijo/a participe en el programa escolar que ofrece el suplemento de flúor dental.

Mi hijo/a está recibiendo un suplemento de flúor dental en nuestro hogar no participará en el programa escolar.

Por la presente certifico que la información precedente es correcta y debe incluirse en el expediente escolar de mi hijo.

Firma Paternal/ Guardian: _____ *Fecha:* _____

(updated 8/25/2017)

La escuela tiene el permiso de darle a mi hijo/a los medicamentos siguientes como sea necesario:

- | | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Antiácidos | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Orajel/Anbesol |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Benadryl | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Ungüento Antibiótico |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Pastillas para la Garganta/Pastillas para la tos | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Loción/Crema anti-comezón |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Gotas para los Ojos Visine | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Loción/Crema Hidrocortisona 1% |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Tylenol o Ibuprofeno | | | |

INFORMATION DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Contacto de Emergencia #1:

Número de Teléfono del Contacto de Emergencia #1 : (Casa) _____ (Trabajo) _____
(Celular) _____

Relación al Niño:

Contacto de Emergencia #2:

Número de Teléfono del Contacto de Emergencia #2 : (Casa) _____ (Trabajo) _____
(Celular) _____

Relación al Niño::

Contacto de Emergencia #3:

Número de Teléfono del Contacto de Emergencia #3: (Casa) _____ (Trabajo) _____
(Celular) _____

Relación al Niño:

Procedimientos en caso de una enfermedad o accidente:

1. Trataremos de notificar al Padre/Madre.
2. Si no es posible de ponernos en contacto con el padre/madre llamaremos al médico de familia.
3. Si no podemos ponernos en contacto ni con el padre/madre o médico de familia, notificaremos al médico o enfermera escolar o cualquier otro médico.

En todos los casos el bienestar del estudiante es nuestra primera consideración. Los gastos médicos incurridos serán la responsabilidad de los padres. Si los padres no están de acuerdo con este procedimiento, deben de notificar a la escuela y presentar un plan alternativo para el cuidado de su hijo/a.

¿Si se requiere tratamiento de emergencia, pueden las autoridades escolares decidir a mandar al niño/a al Gettysburg Hospital o al médico más fácilmente accesible siempre y cuando ninguna de las personas mencionadas anteriormente se hayan podido contactar? Sí No

Por la presente certifico que la información precedente es correcta y debe incluirse en el expediente escolar de mi hijo.

Firma Paternal/ Guardian: _____ *Fecha:* _____

(updated 8/25/2017)