

## Dawson Condado de Servicios de Salud de Jóvenes Formulario de Consentimiento

Estudiante Name \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_  
 Teacher \_\_\_\_\_  
 DOB \_\_\_\_\_ Doctor \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

### Historia de la Salud - ¿Tiene su hijo ahora tiene o tiene él / ella tenía:

Asma	Sí / No	discapacidad de aprendizaje	Sí No/de	Educación Física Limitaciones	Sí / No
Diabetes	Sí / No hay	problemas de audición	Sí / No hay	alergias a los alimentos	Sí / No
Desorden Convulsión	Sí / sin	problemas de la visión	Sí / No	Otras enfermedades (lista)	
Limitaciones físicas (lista)	Sí / No	usa lentes / contactos	Sí / No	<b>lista de alergias</b> (alimentos, medicamentos, medio ambiente)	

Por favor explicar cualquier **afirmativa**. respuesta Dar tanta información que ayudará a su enfermera de la escuela a entender y ayudar con las necesidades de su hijo:

medicamentos que se toman en casa (lista)

**\*Si su hijo tiene asma\***

¿Será que él / ella necesita para llevar a su / su inhalador en la escuela? **Si no** Donde se encuentra el inhalador? **Clínica o en los estudiantes?** En caso afirmativo, una **acción contra el asma / Plan de seguridad** se requerirá (disponible en clínica o en el sitio web).

**\*Si su hijo tiene una alergia \***

severos que él / ella necesita para llevar a su / EpiPen en la escuela? **Si no** Donde se encuentra el EpiPen? **CLínica o el estudiante?** En caso afirmativo, una **acción de emergencia / Plan de seguridad** se requerirá (disponible en la clínica o sitio web).

**Los estudiantes de Pre-K sólo se pueden administrar Tylenol con permiso de los padres: SÍ o NO**

**K-12** solamente, **huelga mediante** cualquiera de los medicamentos SIGUIENTES QUE **NO QUIERE PARA SU USO EN SU NIÑO**

**\*\*preparados genéricos pueden ser sustituidos por éstos enumerados más los productos de venta libre. Las Escuelas del Condado de Dawson no será requerido para proporcionar medicamentos, pero tendrá éstos en la mano ya que los fondos están disponibles\*\***

TYLENOL	TOSGOTAS	solución salina OJO	SUDAFED PE		
Ibuprofeno (edades 12+)	loción de calamina	Orajel			
Mylanta /TUMS	HIDROCORTISONA CREMA	VASELINA / VICK DE VAPOR RUB			
BENADRYL líquido / ungüento / pulverización,	antibiótico ungüento	*supresor de la tos y / o INFANCIA EXPECTTORANT (guaifenesina y / o dextrometorfano)			

padre / tutor \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
 Inicio # \_\_\_\_\_ Cell # \_\_\_\_\_ trabajo # \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

**En caso de emergencia, Si no pueden llegar a los padres / tutores, contacto: (se permitirá persona que aparece para recoger a mi hijo de la escuela)**

Nombre / Relación / teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre / Relación / teléfono: \_\_\_\_\_

**¿Tiene su hijo seguro? Sí o**

**No Firme SÓLO UNA de las siguientes líneas:**

**SÍ**, doy permiso para que mi hijo reciba servicios gratuitos de la clínica de la escuela. Entiendo que todos los servicios son confidenciales. Me he dado información precisa y completa a lo mejor de mi conocimiento. Soy consciente de que el permiso está en vigor hasta que sea notificado por escrito lo contrario.

En el caso de un accidente grave o enfermedad grave, entiendo que la escuela hará todo lo posible para ponerse en contacto conmigo. El personal de enfermería de la escuela tienen mi permiso para transportar a mi hijo al establecimiento de salud más cercano a través de Servicios Médicos de Emergencia, si no estoy disponible para ser alcanzado en caso de una emergencia. Las tarifas para el transporte y los servicios médicos serán responsabilidad del padre / tutor firmada abajo. Esta autorización estará en efecto a partir de la fecha de este documento hasta 12<sup>ed</sup> gradomenos que sea revocada por escrito. **Estoy de acuerdo en actualizar este documento si la información de la salud y el contacto cambia.**

Fecha \_\_\_\_\_ padre / tutor signature \_\_\_\_\_

NO, quiero no que mi hijo reciba los servicios de salud no emergentes y estoy de acuerdo a estar inmediatamente disponible para atender a mi hijo en la escuela en todo momento. Padre / tutor \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_