

Fechas de Asistencia:

De: \_\_\_\_\_

Hasta: \_\_\_\_\_

### SCICON

La Escuela Clemmie Gill de Ciencia y Conservación de Campo  
Oficina de Educación del Condado de Tulare

### REGISTRATION de SALUD del ESTUDIANTE



Nombre del Estudiante	Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento
Escuela	Teléfono de la Escuela	Maestro/a	
Domicilio (Calle)	(Ciudad)	(Zona Postal)	Teléfono de la Casa ( )
Nombre del Padre/Tutor Legal	Teléfono del Trabajo ( )	Teléfono Celular/Pager ( )	
Nombre de la Madre/Tutor Legal	Teléfono del Trabajo ( )	Teléfono Celular/Pager ( )	
Nombre del Medico		Teléfono del Medico ( )	

#### Si no es posible localizar a los padres/tutor legal en caso de emergencia, se puede avisar a:

Nombre	Relación al Estudiante	Teléfono de Casa ( )	Teléfono de Trabajo ( )	Teléfono Celular ( )
Nombre	Relación al Estudiante	Teléfono de Casa ( )	Teléfono de Trabajo ( )	Teléfono Celular ( )

#### INFORMACION SOBRE LA SALUD DEL ESTUDIANTE

1. ¿Ha tenido el estudiante una de las siguientes condiciones últimamente? Por favor, marque todo lo aplicable.

- |   |  |  |
|---|--|--|
| A. <input type="checkbox"/> ADD o ADHD <input type="checkbox"/> Enviando Medicina | D. <input type="checkbox"/> Se orina en la cama                  | N. <input type="checkbox"/> Huesos quebrados (recientes)                                   |
| B. Alergias   | E. <input type="checkbox"/> Problemas intestinales               | O. <input type="checkbox"/> Enfermedad reciente  |
| <input type="checkbox"/> Piquetes de abeja/insectos (circule uno)                 | F. <input type="checkbox"/> Diabetes                             | P. <input type="checkbox"/> Restricción de actividad rigurosa<br>(caminatas, juegos, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Comida _____   | G. <input type="checkbox"/> Epilepsia o desorden de convulsiones | Q. <input type="checkbox"/> Sonambulismo   |
| <input type="checkbox"/> Fiebre del Heno  | H. <input type="checkbox"/> Desmayos                             | R. <input type="checkbox"/> Dieta restringida  |
| <input type="checkbox"/> Medicación _____   | I. <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza                    | S. <input type="checkbox"/> Problemas de estomago  |
| <input type="checkbox"/> Otro _____   | J. <input type="checkbox"/> Condición cardiaca                   | T. <input type="checkbox"/> Otra condición   |
| Reacción del Estudiante _____   | K. <input type="checkbox"/> Extrañamiento de casa                |  |
| *Tratamiento necesario _____  | L. <input type="checkbox"/> Sangra de la nariz (frecuentemente)  |  |
| C. <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Enviando Medicina       | M. <input type="checkbox"/> Sobrepeso                            |  |

\* Si su hijo/a requiere una inyección de epinefrina por causa de una reacción alérgica, debe mandar la medicina con el niño/a y con etiqueta de la farmacia con instrucciones completas.

Brevemente explique **CADA UNO** de lo que ha marcado arriba (usando las letras anteriores) y explique cualquier otra condición de la salud no enumerada arriba. (Use papel adicional si se necesita.) **Por favor comunique cualquier medicamento dietético requerido.**

2.  Si  No ¿Tiene el estudiante una condición física o emocional? Si es así, por favor explique abajo. Por definición, un estudiante con una condición especial puede requerir cuidado individualizado o tratamiento medico debido a su condición física o emocional. Ejemplos incluyen, pero no son limitados a, los siguientes: diabéticos, estudiantes con problemas de movilidad, estudiantes que usan una maquina para la respiración regularmente, estudiantes con una condición emocional, y estudiantes que requieren ayuda con Actividades de la Vida Diaria.

El estudiante necesita un ayudante en la escuela.

3. Fecha aproximada de la última inyección del tétano/toxide.

4. Si su hijo/a esta bajo el cuidado de un medico para un problema agudo o crónico, el medico debe saber que el niño/a estará fuera de casa de cuatro a cinco días. ¿Hay alguna forma en los archivos escolares de su hijo/a para algún requisito medico especial?  Si  No  
Si contesto "no," y la "ayuda medica especial" es requerida, instrucciones del medico son requeridas. Por favor pídale a su medico que complete la Sección II en el lado reverso de esta forma

5. Aseguranza medica  
¿Medí-Cal? \_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_ ¿Familias saludables? \_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_  
¿Aseguranza Privada? \_\_\_\_\_ Nombre de la Compañía \_\_\_\_\_ # de Póliza \_\_\_\_\_

#### LAS DECLARACIONES SIGUIENTES DEBEN ESTAR FIRMADAS ANTES QUE SU HIJO/A SEA ACEPTADO EN SCICON

Autorización para Tratamiento Medico: Para mi hijo/a \_\_\_\_\_  
Yo, por este medio autorizo tratamiento de emergencia medico o quirúrgico en el hospital mas cercano, en caso de que surga alguna emergencia y no me puedan localizar.

FIRMA DE PADRE/TUTOR LEGAL \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

**Por favor, complete ambos lados de este formulario. Se requiere la firma en el reverso.**

**REQUISITO DE MEDICACIÓN**

**NINGUNA MEDICINA ES ADMINISTRADA SIN PERMISO DE LOS PADRES/GUARDIAN Y/O EL DOCTOR**

**SECCION I DEBE SER LLENADA POR EL PADRE/GUARDIAN**

Medicinas sin Receta Medica (en SCICON)  
 En ocasiones, es necesario darles a los estudiantes ciertas medicinas sin receta. Las siguientes medicinas están disponibles en la escuela para este propósito. **Por favor no mande estas medicamentos a SCICON.** Por favor marque "Si" o "No" en cada cuadro abaja para **indicar su permiso** que la enfermera de SCICON, o una persona del personal autorizado, pueden administrarles a sus hijos las medicinas (algunas pueden ser genéricas.)  
 (POR FAVOR MARQUE)

<b>SI</b>	<b>NO</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Advil (dolores menores/dolores de menstruación)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Imodium (diarrea)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benadryl (reacciones alérgicas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Milk of Magnesia (constipación)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Loción Calamina (piquetes de insectos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Polysporin Tropical (cortadas y quemaduras menores)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tums (mal estomacal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Robitussin (tos)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Crema Hidrocortisona (comezón/ronchas en la piel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tylenol (dolores menores/calentura)

NOMBRE DEL ESTUDIANTE

*Yo pido que mi hijo/a (nombrado arriba) sea asistido por personas autorizadas al tomar medicinas marcadas en Sección I y II (según apliquen) en SCICON de acuerdo con pólizas y procedimientos ya establecidos.*

DIA FIRMADO: (MES/DIA/AÑO)	TELÉFONO: (HOGAR) ( )	FIRMA DE PADRE/TUTOR LEGAL X
----------------------------	--------------------------	---------------------------------

**Importante:** Esta su hijo/a trayendo medicinas con o sin receta a SCICON? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
**Si la respuesta es "si", tiene que completar la sección II de esta forma. No podemos administrar ninguna medicación (incluyendo medicina recetada, medicina sin receta del doctor, vitaminas o remedios de hierbas) sin la sección II completada y firmada.**

**SECCION II: DEBE SER COMPLETADO POR EL MÉDICO DEL NIÑO/A**

Medicinas Recetadas y No-recetadas (de casa)  
 Si su hijo/a regularmente toma medicinas con o sin receta, diferentes a las que mencionamos, y si usted quiere que el/ella reciba esa medicina en SCICON, es necesario que esta forma, sea completada y firmada por usted y su medico. Formas adicionales del "Requisito de Medicinas" pueden ser obtenidas poniéndose en contacto con el maestro/a de su hijo/a.

La enfermera de SCICON guardara toda medicina recetada o no, bajo llave en el Centro de Salud y las administrara. **Toda medicina debe tener etiqueta con el nombre del estudiante, del maestro, escuela, y instrucciones con el dosis preciso. Todo sin receta no serán administradas sino vienen en su frasco original. Todo medicamento debe llevar el nombre del estudiante, del maestro/a, escuela, y instrucciones con el dosis preciso en su etiqueta.** Solamente los inhaladores de asma podrán guardarse en la cabina con el estudiante. No mande medicamentos (incluyendo los inhaladores) en el equipaje de su hijo/a. El maestro/a los colectara antes del viaje.

**MEDICINAS**

	NOMBRE DE MEDICINA A.	NOMBRE DE MEDICINA B.	NOMBRE DE MEDICINA C.	NOMBRE DE MEDICINA D.
OBJETIVO DE LA MEDICINA				
DOSÍS RECETADA				
HORARIO				
FORMA DE DOSÍS (tableta, liquido, etc.)				
FECHA DE RECETA	Día Recetada    Día de Expiración	Día Recetada    Día de Expiración	Día Recetada    Día de Expiración	Día Recetada    Día de Expiración
¿CUANTO TIEMPO ES NECESARIO USARLA?				

PRECAUCIONES, INSTRUCCIONES ESPECIALES, POSIBLES EFECTOS ADVERSOS, O COMENTARIOS:

(EN LETRA DE MOLDE) NOMBRE DEL MÉDICO:	TELÉFONO	NOMBRE DE OFICINA MEDICA
DOMICILIO (Dirección, Calle, Numero de Cuarto o Suite, Ciudad, Estado, y Código Postal)		

<i>El estudiante nombrado arriba para quien esta recetada la(s) medicinas en Secciones I y II esta bajo mi cuidado.</i>	FIRMA DEL MÉDICO:	FECHA:
---	-------------------	--------