

# Hill View Montessori Formulario de Salud Estudiantil

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

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

## Tratamiento Médico

En caso de una emergencia, HVM hará todo lo posible para ponerse en contacto con el padre/tutor. En el caso de que no podamos comunicarnos con el padre/tutor, su hijo/hija será transportado en ambulancia al centro de atención médica más cercano y/o a \_\_\_\_\_ hospital.

*(Especifique el hospital preferido)*

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

Nombre del Dentista: \_\_\_\_\_ Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

Por favor, marque todo lo que se aplica a su hijo/hija:

Diabetes  Asthma  Trastorno Convulsivo  ADD/ADHD  Otro: \_\_\_\_\_

Hospitalizaciones/Cirugías: \_\_\_\_\_

Alergias (alimentos, insectos, medicamentos, medio ambiente):

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

Mi hijo/hija actualmente recibe los siguientes medicamentos **EN CASA:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_ Porque?/Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_ Porque?/Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_ Porque?/Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_ Porque?/Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Si su hijo/hija necesita que le administren medicamentos **en la escuela**, debe comunicarse con la enfermera de la escuela para tener los planes adecuados en su lugar, SOLO la enfermera de la escuela puede administrar medicamentos a su hijo/hija.

## Permiso Para Administrar Medicamentos de Venta Libre

Le doy permiso a la enfermera de la escuela para administrar los siguientes medicamentos de venta libre de acuerdo con los protocolos establecidos. *(Marque todo que aplique)*

Ibuprofen/Motrin, Advil  Acetaminophen/Tylenol  Tums  Benadryl

## Información del Aviso de HIPAA/FERPA

Doy permiso a la enfermera de la escuela para compartir información relevante para la condición de salud y la medicación de mi hijo/hija con el personal apropiado de HVM o la persona contratada que entra en contacto con mi hijo/hija, para satisfacer las necesidades de salud y seguridad de mi hijo/hija.

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

*(Expira al final del año escolar actual)*

Número de Teléfono Diurno: \_\_\_\_\_