



# Escuela de Ciencias al Aire Libre del Noroeste (NOSS)

## Formulario de Historial Médico del Estudiante y Consentimiento del padre/madre



Confidencial, para uso exclusivo del/ de la enfermero/a de la NOSS y del/ de la supervisor/a de la escuela. Para ser archivados y destruidos por las NOSS

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Número de identificación escolar del estudiante: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Nombre del/ de la maestro/a: \_\_\_\_\_

El/la estudiante tiene previsto asistir  Sí  No Si ha respondido que no, ¿por qué? (opcional) \_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Se requiere de la firma del Padre/Madre o Tutor Legal**

(Si el/ la estudiante no asiste a la Escuela al Aire Libre, no es necesario que complete el resto de este formulario)

### INFORMACIÓN DE CONTACTO

**Contacto principal (tutor legal)** Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Número telefónico principal \_\_\_\_\_ Número telefónico secundario \_\_\_\_\_

**Contacto secundario (tutor legal)** Nombre: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Número telefónico \_\_\_\_\_ Número de teléfono secundario \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia** (en caso de que no se pueda contactar al padre/madre o tutores) \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre del médico del/ de la estudiante: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

### INFORMACION MÉDICA Y DEL ESTADO DE SALUD

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo (marque uno): M F X

¿Está su hijo/a vacunado/a contra el COVID-19?  Sí  No

En caso afirmativo, indique el fabricante \_\_\_\_\_ y las fechas de las dosis \_\_\_\_\_

¿Le da su consentimiento a las NOSS para que realicen pruebas de COVID a su hijo/a si presenta síntomas?  Sí  No

*(Si la respuesta es negativa, usted acepta recoger a su hijo/a lo antes posible).*

Especifique cualquier actividad que no esté permitida, o cualquier prótesis u otra ayuda que vaya a enviar.

¿Su hijo/a necesita ayuda social o emocional?  Sí  No En caso afirmativo, por favor describa: \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a tiene un (Programa de Educación Individualizado) IEP o un Plan 504?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuál es el propósito? \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a tiene asma?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿el estudiante deberá llevar consigo el inhalador en todo momento?  Sí  No

Explique la frecuencia/severidad/tratamiento de los episodios de asma. \_\_\_\_\_

Alergias conocidas:  Liste los alimentos \_\_\_\_\_  Fiebre del heno  Picadura de abeja  Látex

Liste las alergias a medicamentos \_\_\_\_\_  otros \_\_\_\_\_

Describa claramente el tipo de exposición que causa una reacción (aérea/tópica/por ingestión), el tipo de reacción posible y el tratamiento que se debe administrar. \_\_\_\_\_

¿Esta alergia pone en peligro la vida del estudiante?  Sí  No ¿Su hijo/a lleva epinefrina auto-inyectable (EPI pen)?  Sí  No

No

Necesidades dietéticas especiales (ejemplos: vegetariano, vegano, sin gluten, Halal, Kosher), etc: \_\_\_\_\_

Necesidades médicas (marque todas las que correspondan)

<input type="checkbox"/> Afeción intestinal/vejiga	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria nocturna	<input type="checkbox"/> Afeciones cutáneas
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Sonambulismo
<input type="checkbox"/> Condición auditiva	<input type="checkbox"/> Afeciones de la vista
<input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas	<input type="checkbox"/> Otra enfermedad crónica o reciente o intervenciones quirúrgicas
<input type="checkbox"/> Problemas de movilidad	(especifique):
<input type="checkbox"/> Lesiones físicas (recientes)	

RECORD OF MEDICATION ADMINISTERED BY THE OUTDOOR SCHOOL NURSE

Esta página es para uso exclusivo de la enfermera de la escuela al aire libre

STUDENT'S NAME \_\_\_\_\_

SCHOOL \_\_\_\_\_

DATES ATTENDING \_\_\_\_\_

Initials	Signature	Initials	Signature

Use the following key for days medication not given:            X = Not at site            0 = Student refuses/parent notified

Please use one line only per dose administered

Prescription Medications								
Count In/ # Initial	Count Out/ # Initial	Medication Name and Dose	Hour	Mon.	Tue.	Wed.	Thurs.	Fri.

AS- Needed Over the Counter Medications/ Treatment Record			
Date	Time	Medication, route, dosage, reason	Initials

**INSTRUCCIONES PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS, VITAMINAS, SUPLEMENTOS Y REMEDIOS HERBALES**

1. Todos los medicamentos deberán ser entregados al/ a la maestro/a del salón de clases antes de la salida. **No** guarde medicamentos en la mochila del estudiante.
2. Los medicamentos recetados y los de venta libre deberán estar en su **envase original** y colocados en una bolsa con cierre (ziplock) con el nombre del estudiante en la parte exterior. Por favor, no mezcle medicamentos. Cada tipo de medicamento debe envasarse por separado. Si usted lo solicita, su farmaceuta le proporcionará pequeños envases etiquetados. La etiqueta del farmaceuta representa la orden del médico para suministrar el medicamento.
3. Los medicamentos sin receta que se envíen desde casa **deben estar en el envase original etiquetado** y deben ir acompañados de **instrucciones escritas** de los padres. Por favor, envíe sólo la cantidad necesaria para el tiempo que su hijo/a esté en la Escuela al Aire Libre.
4. Todas las vitaminas y suplementos requieren una nota de su proveedor de atención médica para su administración, véase OAR 581-021-0037(<https://goo.gl/ovHkBg>). La nota debe incluir el nombre del/ de la estudiante, el nombre de la vitamina/suplemento, la dosis, la hora, la finalidad, la firma del médico y la fecha. (Ejemplos: melatonina, Lactaid, probióticos, vitaminas diarias, plantas medicinales, suplementos homeopáticos, enzimas).
5. El personal médico de la Escuela al Aire Libre dispensará todos los medicamentos.
6. Todos los medicamentos y envases se devolverán al/ a la maestro/a de la clase al final de la semana.

**¡NO SUMINISTRAREMOS LOS MEDICAMENTOS QUE NO CUMPLAN CON LOS REQUISITOS QUE SE LISTARON ANTERIORMENTE!**

**MEDICAMENTOS – Los estudiantes traerán estos medicamentos a La Escuela al Aire Libre (ODS).**

Nombre del medicamento y dosis	Hora	Propósito del Medicamento e Instrucciones Especiales

Para facilitar los horarios de la ODS, ¿es posible hacer ajustes para suministrar los medicamentos hasta por una hora?  Sí  No

**MEDICAMENTOS SIN RECETA MÉDICA**

El médico consultor de la Escuela al Aire Libre ha emitido órdenes que permiten la administración de medicamentos comunes de venta libre. Estos medicamentos se le suministrarán al estudiante, según sea necesario, de acuerdo con las órdenes que haya establecido el médico.

**NOTA:** Los nombres de marca han sido listados pero su equivalente genérico (el mismo medicamento de una marca diferente) podría ser sustituido.

La epinefrina, el oxígeno, el Albuterol y la glucosa instantánea estarán disponibles en caso de alguna emergencia que amenace la vida del/ de la estudiante de acuerdo con las órdenes que haya establecido el médico de la Escuela al Aire Libre.

**NO ENVÍE LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS, YA QUE ESTOS SE SUMINISTRAN EN LA ESCUELA:**

Analgésico sin aspirina (acetaminofén, Ibuprofeno, Midol)	Benzocaína (hisopos para picaduras de insectos)	Ungüento de hidrocortisona al 1%
Antiácidos (Tums)	Carmex (irritación de labios secos y agrietados)	Imodium (diarrea)
Antihistamínico/descongestionante (Benadryl)	Jarabe para la tos (Guaifenesina)	Loción para la piel (Calamina)
Limpiador antiséptico (Hibiclens)	Pastillas para la tos	Pastillas para la garganta (Chloraseptic/Cepacol)
Pomada antibiótica (Polysporin)	Gatorade/Pedialyte	Vaselina

**Indique los medicamentos que NO desea que su hijo/a tome:**

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

### **PERMISO PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS**

Por la presente doy permiso para que la enfermera de la Escuela al Aire Libre administre medicamentos al/ a la estudiante identificado/a en la parte superior de este documento. Entiendo que es mi responsabilidad proveer tal(es) medicamento(s), y que todo medicamento deberá(n) entregarse en los envases originales etiquetados por la farmacia. Entiendo que mi hijo/a será responsable de acudir al supervisor de salud a las horas indicadas para recibir los medicamentos. Reconozco que la administración de medicamentos por parte del personal de la Escuela al Aire Libre es una acomodación que se realizará únicamente bajo mi petición. Libero y renuncio a cualquier y todo reclamo que ahora o en el futuro pueda tener en contra del ESD para La Región del Noroeste, sus oficiales y empleados que surja de la administración o falta de administración del medicamento al/ a la estudiante mencionado/a anteriormente o a cualquier reacción adversa a dicho medicamento.

X \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Se requiere su firma para autorizar su estudiante/alumno para asistir el programa.(Obligatorio)

### **CUIDADOS DE EMERGENCIA**

Entiendo que, si mi hijo/a requiere atención médica además de la administración del medicamento solicitado específicamente, el personal de la Escuela al Aire Libre intentará contactarme primero. Si yo no estoy disponible, se llamará al médico de mi hijo/a. En caso de que yo o el médico del menor no estemos disponibles, autorizo a cualquier médico que ESD para La Región del Noroeste elija para que atienda a mi hijo/a. Por la presente autorizo a dicho médico a realizar cualquier tratamiento médico de emergencia que se considere necesario. También doy mi permiso para que La Escuela al Aire Libre haga arreglos de transporte de emergencia si se necesita atención médica, y entiendo que cualquier cargo asociado con la atención médica será facturado directamente a mí o al seguro médico que tenga. Estoy de acuerdo en mantener indemne al ESD para la Región del Noroeste, a sus oficinas y empleados por accidentes y lesiones que ocurran en la escuela.

X \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del padre, madre o tutor legal

### **OBJECCIÓN RELIGIOSA O PERSONAL**

Si tiene alguna objeción religiosa o personal para recibir tratamiento médico, por favor marque las casillas correspondientes:

NADA DE SANGRE o PRODUCTOS SANGUINEOS

NINGÚN TIPO DE MEDICAMENTO.

Entiendo y doy mi consentimiento de que en el caso de una situación que amenace la vida, mi hijo/a o pupilo/a, sin importar sus convicciones religiosas o personales, se le administrarán primeros auxilios y atención médica para mantenerle con vida.

X \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del padre, madre o tutor legal

### **CONSENTIMIENTO PARA TOMAR FOTOGRAFIAS**

En ocasiones La Escuela de Ciencias al Aire Libre utiliza fotografías de los/las estudiantes con fines publicitarios y de relaciones públicas. Las fotos, las grabaciones y las entrevistas de audio podrían utilizarse de varias formas, como en los sitios web del Distrito de Servicios Educativos para la Región del Noroeste (NWRESA), folletos promocionales, educativos, hojas informativas, comunicados de prensa, vídeos promocionales y educativos, canales de redes sociales y otros proyectos promocionales y educativos.

Si no desea que la imagen de su hijo/a se utilice para los fines indicados anteriormente, marque esta casilla

SI EL ESTADO DE SALUD O DE LOS MEDICAMENTOS DE SU HIJO/A CAMBIAN DESPUÉS DE COMPLETAR ESTE FORMULARIO, ENVÍE UNA NOTA FIRMADA A LA OFICINA DE LA ESCUELA AL AIRE LIBRE