

Autorizaciones **NOTA: EL TYLENOL / IBUPROFENO TIENE QUE SER PROVISTO POR LOS PADRES/TUTORES.**

El personal de la escuela tiene mi permiso para administrar Acetaminophen y Ibuprofen a mi hijo, no se excederán más de 5 dosis por mes sin una orden de un médico. Favor indicar si está de acuerdo, Si _____ o No _____

Yo autorizo mi hijo/a que cargue y se administre así mismo Tylenol/ibuprofen a través del año escolar. Yo entiendo que el personal de la escuela tiene la decisión final en esta autorización y puede revocar este privilegio en cualquier tiempo. Favor marcar, si _____ o no _____

Yo autorizo el personal de la escuela a enviar a casa cualquier medicamento no controlado con mi hijo/a al final de año escolar. Favor marcar, si _____ o no _____

El personal de la escuela tiene mi permiso de comunicarse con mi médico si es necesario. Favor indicar si está de acuerdo, Si _____ o No _____
Médico Particular _____ Número de teléfono _____

Firma de los Padres/ Tutor _____

Fecha _____

Información de salud

Por favor circule cualquiera de las condiciones que apliquen a su estudiante, de una breve explicación en el espacio provisto.

____ Yo solicito que la enfermera de la escuela se ponga en contacto conmigo sobre tema(s) de salud de mi hijo/a enlistados abajo.

- | | | |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 1. Alergia a Picadura De Abejas | 20. Ciego a los Colores | 38. Desorden Obsesivo, Compulsivo |
| 2. Alergia a Comida _____ | 21. Fibrosis Cística | 39. Impedimentos Físicos _____ |
| 3. Alergia a Medicina _____ | 22. Depresión | 40. Embarazo (Actual o Previo) |
| 4. Alergia a Polvo, Polen, fiebre del heno | 23. Diabetes* | 41. Escoliosis Desviación de la Columna Vertebral |
| 5. Alergia a Estacional | 24. Síndrome de Down | 42. Anemia De Células Falciformes |
| 6. Anafilaxia a _____* | 25. Desorden Endocrino | 43. Habla |
| 7. Anemia | 26. Epilepsia* | 44. Síndrome De Tourette |
| 8. Desorden Alimenticio Anorexia/Bulimia** | 27. Desorden de Crecimiento | 45. Tuberculosis |
| 9. Ansiedad | 28. Perdida De Oído(Especificar Cual Oído _____) | 46. Daño Visual |
| 10. Artritis Reuma | 29. Daño Auditivo | 47. Servicios De Educación Especial |
| 11. Desorden de Atención (ADD) | 30. Enfermedad Del Corazón** | A. ELL(Ingles Como Segundo Lenguaje) |
| 12. Desorden de atención ,con hiperactividad (ADHD) | 31. Hemofilia* | B. SLD(Des-Habilidad Especifica De Aprendizaje) |
| 13. Asma* | 32. Desorden de Riñón** | C. EBD(desorden emocional y conducta) |
| 14. Autismo | 33. Calambres Menstruales (Severo) | D. MMMI(daño mental moderado, leve) |
| 15. Defecto de Nacimiento, Cromosoma | 34. Asuntos de Salud Mental | E. MSMI(daño mental moderado, severo) |
| 16. Desorden de Sangre** | 35. Distrofia Muscular | 48. Otro _____ |
| 17. Cáncer, Leucemia** | 36. Dolores de Cabeza, Migraña | *Plan de Salud será Requerido |
| 18. Enfermedad Celiaquía* | 37. Enfermedad Osgood- | **Información de Seguimiento Necesaria |
| 19. Parálisis Cerebral** | Schlatters(Osteocondrosis) | |

Información Adicional: _____

Medicamentos Actuales: _____