

Oficina de Enfermería y Consentimiento para Tratamiento/Información de Emergencia

MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE

Los siguientes medicamentos están disponibles para todos los alumnos cuyos formularios de consentimiento hayan sido firmados/devueltos:

Medicamentos de venta libre después de la evaluación de la enfermera de la escuela, si está disponible.

Marque con una cruz cualquier medicamento de venta libre que NO desee que su hijo reciba.

Acetaminofén (Tylenol)	Ungüento de labios (Chapstick/Carmex/Blistex/Vaselina, etc.)
Ibuprofeno (Motrin)	Loción
Midol (sólo para alumnos a partir de 12 años)	Crema de hidrocortisona al 1%
Tums	Crema para quemaduras
Gotas para la tos/Pastillas para la garganta	Hisopos para aliviar picaduras
Difenhidramina (Benadryl) (sólo reacciones alérgicas)	Analgésicos tópicos para boca y dientes (Orajel/Anbesol)
Antiséptico tópico (cloruro de benzalconio)	Pomada antibiótica (Neosporin/Bacitracina, etc.)
Peróxido de hidrógeno	Lavaojos, solución irrigante
	Pomada labial (Chapstick/Carmex/Blistex/Vaselina, etc.)

Recordatorios:

- Los medicamentos enumerados anteriormente **sólo serán administrados por personal médico con licencia** (Enfermera Práctica Licenciada [LPN], Enfermera Registrada [RN], y/o Enfermera Registrada de Práctica Avanzada [APRN]) **cuando estén disponibles en el edificio.**
- El personal escolar sin licencia no puede administrar ninguno de estos medicamentos; sólo pueden ser administrados por personal médico con licencia.
- Ningún otro empleado del distrito puede administrar estos medicamentos. Estos medicamentos no se pueden administrar durante más de tres días seguidos sin una nota del proveedor de atención médica de su hijo.

OTROS SERVICIOS PRESTADOS POR LAS ENFERMERAS ESCOLARES

Evaluaciones de salud:

- Evaluación de enfermería de las quejas de salud, gestión de enfermería y derivación según sea necesario.
- Exámenes auditivos
- Exámenes dentales
- Exámenes de la vista
- Promoción y seguimiento de la vacunación
- Examen médico preventivo (APRN)

Servicios de educación para la salud:

- Condiciones de salud física
- Educación para la salud física y dental
- Instrucción en el aula por solicitud según el tiempo disponible
- Planes de salud escolar

POR FAVOR, PÓNGASE EN CONTACTO CON LA ENFERMERA DE LA ESCUELA SI ES NECESARIO

Marque si su hijo tiene alguno de los siguientes:

- | | |
|--|-------------------------------------|
| ☐ Asma | ☐ Diabetes |
| ☐ Necesidades dietéticas (alergias alimentarias) | ☐ Tubo gástrico |
| ☐ Alergia (a algo distinto que los alimentos) | ☐ Convulsiones |
| ☐ Otras condiciones de salud (para otras condiciones no enumeradas anteriormente). | |

Las enfermeras escolares también proporcionan coordinación de la atención trabajando con los estudiantes, padres y proveedores de atención médica para manejar las necesidades crónicas de salud.

CONFIDENCIALIDAD

Todos los registros médicos son propiedad del distrito y están protegidos por la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA). Ninguna otra agencia tendrá acceso a estos registros sin su consentimiento por escrito. Protegemos la privacidad de la información médica de su hijo mediante:

- Limitando cómo usamos y divulgamos la información de salud.
- Proporcionando salvaguardias físicas (oficinas e instalaciones de almacenamiento seguras, protecciones electrónicas y procedimientos).
- Formando a los empleados sobre políticas y procedimientos de privacidad.

Oficina de Enfermería y Consentimiento para Tratamiento/Información de Emergencia

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR

POR FAVOR DEVUELVA A LA ESCUELA

Escuelas Públicas del Condado de Jefferson

(502) 485-3387

INFORMACIÓN DEL NIÑO/ESTUDIANTE

Grado: _____ Equipo: _____ Maestro: _____

Apellido del niño: _____ Primer nombre: _____

(Por favor, indique el nombre legal completo del niño.)

Fecha de nacimiento del niño/a: _____ ☐ Masculino ☐ Femenino

Dirección: _____ Ciudad: _____ CÓDIGO POSTAL _____

Padre: _____ Teléfono #1: _____ Teléfono #2: _____

Madre: _____ Teléfono #1: _____ Teléfono #2: _____

Tutor legal: _____ Teléfono #1: _____ Teléfono #2: _____

Contacto de emergencia que **no sea** el padre/tutor: _____

Contacto de emergencia Teléfono #1: _____ Teléfono #2: _____

¿Ha asistido su hijo **alguna vez** a una escuela del Distrito de las Escuelas Públicas del Condado de Jefferson (JCPS)? ☐ Sí ☐ No
En caso **afirmativo**, ¿a qué escuela(s) asistió su hijo en el pasado? _____

Mi hijo **tiene la siguiente afección potencialmente mortal** que puede necesitar tratamiento de emergencia o medicación (EpiPen, glucagón, medicamentos de emergencia para convulsiones, inhalador para el asma, etc.) en la escuela:

☐ Diabetes ☐ Asma ☐ Convulsiones ☐ Alergias graves ☐ Otras alergias o afecciones:Su hijo es **alérgico** a: (Marque todo lo que corresponda).☐ Medicamentos—**Por favor enumere:**☐ Cacahuetes—**Explique la reacción:**☐ Nueces de árbol—**Explique la reacción:**☐ Picadura de abeja/avispa—**Explique la reacción:**☐ Otros—**Explique la reacción:**

Otros antecedentes médicos del niño (afecciones cardíacas, cáncer/trastornos sanguíneos, conducta emocional, sonda G, etc.)

Historial médico importante que el personal debe conocer:

Medicamentos que toma a diario: _____**Seguro médico del niño**¿Tiene su hijo una tarjeta de Medicaid de KY? ☐ Sí ☐ No Número de Medicaid: _____¿Otro seguro médico? ☐ Sí ☐ No ¿Ningún seguro? ☐ Sí ☐ No

Proveedor de atención médica del niño: _____ Teléfono #: _____

Dentista del niño: _____ Teléfono #: _____

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE SALUD

Doy mi consentimiento para el cuidado de mi hijo(a) que puede incluir pruebas de detección, exámenes, evaluaciones, tratamiento, primeros auxilios, medicamentos de venta libre como se indica en el formulario de Consentimiento para Tratamiento, y cualquier otro servicio de salud dado a mí/mi hijo(a) por el personal/voluntarios con licencia de esta Oficina de Salud Escolar. Entiendo que tengo derecho a negar mi consentimiento para los servicios de salud relacionados con la sexualidad humana, la anticoncepción o la planificación familiar como se indica a continuación. Entiendo que no se están dando garantías en cuanto al efecto de cualquier examen o tratamiento en mí/mi hijo. Autorizo a la Oficina de Salud Escolar a recibir y divulgar información médica/dental/de vacunación/visión sobre mi hijo/a para su escuela individual, proveedor de atención médica, registro de vacunación o proveedor dental o de visión según sea necesario o solicitado.

Firma: _____

Fecha: _____

EXCLUSIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS RELACIONADOS CON LA SEXUALIDAD HUMANA, LA ANTICONCEPCIÓN O LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Rechazo el consentimiento para servicios de salud específicamente relacionados con la sexualidad humana, la anticoncepción o la planificación familiar.

Firma: _____
(Padre/Tutor)

Fecha: _____
(Caduca en un año)

El distrito podrá utilizar un formulario electrónico sustancialmente equivalente en lugar de este formulario impreso.

Revisión/Revisado: 08/29/2023