

Escuela Gehlen Catholic
Información de Salud y Seguridad

Nombre de los padres _____
Ocupación del Padre/Empleador _____ Teléfono del trabajo _____ Celular _____
Ocupación de la Madre/Empleador _____ Teléfono del trabajo _____
Celular _____

Indique dos personas que han aceptado la responsabilidad en caso de no poder ser contactado:

Nombre/Relación _____ Teléfono del trabajo _____
Teléfono _____ Celular _____

Nombre/Relación _____ Teléfono del trabajo _____
Teléfono _____ Celular _____

Hay espacio más adelante para explicar las condiciones médicas que su hijo pueda tener.

Nombre del estudiante _____

Apellido Nombre Segundo nombre Genero

fecha de nacimiento. Grado

ADD/ADHD _____ Alergias _____ Asma _____ Problemas de vejiga / intestino _____ Diabetes _____ Gafas/Lentes de contacto _____
pérdida de la audición _____ Condiciones cardíacas _____ Migraña/Dolores de cabeza _____ Trastornos convulsivos _____

Otros diagnósticos médicos/Tratamientos médicos/Equipos utilizados _____
¿Toma regularmente medicamentos? Mencíonelos _____

Nombre del estudiante _____

Apellido Nombre Segundo nombre Genero

fecha de nacimiento. Grado

ADD/ADHD _____ Alergias _____ Asma _____ Problemas de vejiga / intestino _____ Diabetes _____ Gafas/Lentes de contacto _____
pérdida de la audición _____ Condiciones cardíacas _____ Migraña/Dolores de cabeza _____ Trastornos convulsivos _____

Otros diagnósticos médicos/Tratamientos médicos/Equipos utilizados _____
¿Toma regularmente medicamentos? Mencíonelos _____

Nombre del estudiante _____

Apellido Nombre Segundo nombre Genero

fecha de nacimiento. Grado

ADD/ADHD _____ Alergias _____ Asma _____ Problemas de vejiga / intestino _____ Diabetes _____ Gafas/Lentes de contacto _____
pérdida de la audición _____ Condiciones cardíacas _____ Migraña/Dolores de cabeza _____ Trastornos convulsivos _____

Otros diagnósticos médicos/Tratamientos médicos/Equipos utilizados _____
¿Toma regularmente medicamentos? Mencíonelos _____

POR FAVOR CONTINUE AL RESPALDO

Nombre del estudiante _____

Apellido Nombre Segundo nombre Genero

fecha de nacimiento. Grado

ADD/ADHD _____ Alergias _____ Asma _____ Problemas de vejiga / intestino _____ Diabetes _____ Gafas/Lentes de contacto _____
pérdida de la audición _____ Condiciones cardiacas _____ Migraña/Dolores de cabeza _____ Trastornos convulsivos _____

Otros diagnósticos médicos/Tratamientos médicos/Equipos utilizados _____
¿Toma regularmente medicamentos? Mencíonelos _____

Comentarios: Use este espacio para describir con mayor detalle las inquietudes o problemas que indicó anteriormente

Doy permiso para que la enfermera de la escuela le administre a mi hijo, según corresponda y de acuerdo con las instrucciones del fabricante, los siguientes productos de venta libre según lo verificado. Estas preparaciones se pueden administrar durante el año escolar actual sin una llamada telefónica previa:

Acetaminofeno	Si ___ No ___ Llamar ___	Benadryl	Si ___ No ___ Llamar ___
Ibuprofeno	Si ___ No ___ Llamar ___	Antiácido	Si ___ No ___ Llamar ___
Ungüento antibiótico	Si ___ No ___ Llamar ___	Gotas para los ojos	Si ___ No ___ Llamar ___
Anbesol	Si ___ No ___ Llamar ___	Hidrocortisona	Si ___ No ___ Llamar ___
Pastilla para la tos	Si ___ No ___ Llamar ___		

Los estudiantes DEBEN traer sus propios medicamentos de venta libre si utilizan el suministro de la escuela con regularidad. La enfermera notificará a los padres si esto está sucediendo y entonces habrá que enviar los medicamentos. Todos los medicamentos que se envíen a la escuela DEBEN estar en el envase original, etiquetado con el nombre del niño. **Nota: Los estudiantes que requieran medicamentos recetados durante el día escolar deben de presentar una nota a la enfermera de la escuela. Todos los medicamentos se mantendrán bajo llave en lugar de almacenarlos en lugares a los que los otros estudiantes tengan acceso.**

Firma del Padre/Tutor: _____

En caso de emergencia, se otorga permiso para que mi hijo reciba primeros auxilios y / o tratamiento de inmediato, según sea necesario. También doy mi consentimiento para que el personal de la escuela emplee su propio juicio para obtener ayuda médica y servicios de ambulancia incluso si no puedo ser contactado. Si _____ No _____

La información anterior es de naturaleza confidencial y se usará solo para atender emergencias de salud genuinas. Por favor notifique a la escuela, por escrito, de cualquier cambio significativo en la información anterior durante el año escolar.

Firma del Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____