

## Historia Clínica de Buford City Schools 9-12

Nombre \_\_\_\_\_ "Nickname" \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_ Maestra(o) \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre

Padre(s) / Tutor(s) Legal: \_\_\_\_\_

Dirección de la casa del estudiante: \_\_\_\_\_

Mejor numero para llamarles durante el día: \_\_\_\_\_

May we contact parents via E-mail for non-emergency situations?  No  Yes, e-mail address \_\_\_\_\_

### **POR FAVOR HAGA LA LISTA EN LA (ORDEN) QUE TENGAMOS QUE LLAMAR:**

1. \_\_\_\_\_ (Relación) \_\_\_\_\_ Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_ (Relación) \_\_\_\_\_ Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_ (Relación) \_\_\_\_\_ Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
4. \_\_\_\_\_ (Relación) \_\_\_\_\_ Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor \_\_\_\_\_ Tel. # \_\_\_\_\_ Preferencia del Hospital \_\_\_\_\_

### **POR FAVOR RODEE LA MEDICACIÓN QUE PUEDE SER DADA A SU ESTUDIANTE DE LA CLÍNICA:**

Ibuprofen/como Advil Cepacol Benadryl Tums Acetaminophen /como Tylenol Cough Drops/Pastillas para tos

### **POR FAVOR LISTA CUALQUIER ALERGIA DE MEDICINA:** \_\_\_\_\_

**Problemas médicos del Estudiante:** Indique **Sí** o **No**. El estudiante tiene: ADD / ADHD \_\_\_\_\_ Sensibilidad o Alergia algún químico \_\_\_\_\_ (si es si, indique cual \_\_\_\_\_) Asma \_\_\_\_\_ Paperas \_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_ Problemas del Corazón \_\_\_\_\_ hemorragia nasal \_\_\_\_\_ Ataques \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

**Mi hijo(a) tiene seguro medico:** Blue Cross o Blue Shield  Aetna  Medicaid  Peachcare  Otro  Ninguno

**Le podemos hacer un examen de Vista y Oídos a su hijo (a) si es necesario?** Si  No

Lista de hermanos(as) que están en escuela, Nombre y Escuela: \_\_\_\_\_

### **¡Por Favor Leer y Firmar!**

#### **REGLAS PARA ADMINISTRACION DE MEDICINA**

Para asegurar la seguridad de todos los estudiantes en nuestra escuela, las pautas siguientes deberían ser seguidas cuando la medicación es traída a la escuela.

- 1. Todas las medicinas adicional (recetadas o sin receta) tendrán que ser llevadas a la oficina por los PADRES/TUTORES para guardarse con seguridad.**
- 2. Todas las medicinas, (recetadas o sin receta), tendrán que ser acompañadas por una forma de Administración del Medicamento, la cual la puede obtener por medio de la clínica cuando USTED traiga la medicina.**
- 3. Todas las medicinas tendrán que venir en la botella ORIGINAL solo la farmacia las administra. Las medicinas que vengan en sobre, bolsa, etc., NO serán administradas.**
- 4. La administración de medicamentos con receta o sin receta, aunque sea por un corto periodo de tiempo no es recomendada. Los padres de familia tendrán que consultar a su medico para poder administrarse de acuerdo a la enfermedad o malestar del estudiante durante el horario de la escuela. Las medicinas que son recetadas tres veces al día, usted puede dársela por la mañana, antes de ir a la escuela, después de la escuela y a la hora de acostarse.**
- 5. Padres tienen la obligación de informar a la enfermera de la escuela si ocurre algún cambio con la medicina.**

Yo, doy mi permiso a la administración, personal o enfermera de la escuela para asistir en la administración de la medicación rodeada en el revés de esta forma para mi estudiante. Cualquier medicación adicional necesita debería ser puesto en una lista en la forma de Administración del Medicamento que puede ser obtenida de la clínica. Yo, entiendo que en cualquier emergencia la escuela tiene mi permiso para tomar las precauciones necesarias incluso llamar al 911.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha