

Attendance Dates: _____

SCICON

Oficina de Educación del Condado de Tulare



****Si su hijo/a va a traer cualquier medicina con él/ella, un proveedor médico DEBE completar la Sección II (la parte de atrás) de esta forma; de otra manera, los medicamentos por Ley Estatal de California, no serán administrados. ****

REGISTRACION DE LA SALUD DEL CONSEJERO

Nombre del Estudiante	Varón <input type="checkbox"/>	Hembra <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento
Escuela	Maestro/a		
Domicilio	(Ciudad)	(Código Postal)	Teléfono de Casa ()
Madre/Nombre de Guardián	Numero de Teléfono de Trabajo ()		Celular ()
Padre/Nombre de Guardián	Numero de Teléfono de Trabajo ()		Celular ()
Nombre del Médico Familiar	Numero de Teléfono de Médico Familiar ()		

PERSONAS DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA Y SI NO PUEDEN LOCALIZAR A LOS PADRES

Nombre	Relación al Estudiante	Teléfono de Casa ()	Teléfono de Trabajo ()	Celular ()
Nombre	Relación al Estudiante	Teléfono de Casa ()	Teléfono de Trabajo ()	Celular ()

STUDENT HEALTH INFORMATION

1. Tiene su hijo/a un historial reciente de cualquiera de las siguientes condiciones? **Por favor marque las que apliquen y explique abajo.**

- | | | |
|---|---|--|
| A. <input type="checkbox"/> ADD or <input type="checkbox"/> ADHD | C. <input type="checkbox"/> Asthma | L. <input type="checkbox"/> Sangramiento frecuente de la nariz |
| B. Alergias a (si lo marca, explique abajo)
<input type="checkbox"/> Piquete de Avispa <input type="checkbox"/> Alimentos
<input type="checkbox"/> Insectos <input type="checkbox"/> Medicación
<input type="checkbox"/> Otra causa | D. <input type="checkbox"/> Orinar la cama | M. <input type="checkbox"/> Hueso quebrado/cirugía reciente |
| Alérgeno _____ | E. <input type="checkbox"/> Problemas para usar el baño | N. <input type="checkbox"/> Enfermo recientemente |
| Reacción y tratamiento necesario: _____ | F. <input type="checkbox"/> Diabetes | O. <input type="checkbox"/> Restricción de actividad extenuante |
| _____ | G. <input type="checkbox"/> Epilepsia o trastorno convulsivo | P. <input type="checkbox"/> Caminar dormido/somnábulo |
| _____ | H. <input type="checkbox"/> Desmayos | Q. <input type="checkbox"/> Requiere dieta especial |
| | I. <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | R. <input type="checkbox"/> Problemas estomacales |
| | J. <input type="checkbox"/> Condición del corazón | S. <input type="checkbox"/> Preocupaciones de salud mental |
| | K. <input type="checkbox"/> Ansiedad de separación | T. <input type="checkbox"/> Otra cosa |

Brevemente explique **TODAS las cosas** que marco arriba (refiérase a cada condición por la letra que le corresponde) y explique cualquier otra condición médica que no está en la lista de arriba (use más paginas si es necesario). **Por favor comparta con nosotros cualquier requisito que es medicamento necesario para la dieta.**

2. Sí No **¿Su hijo/a tiene una necesidad especial física o emocional o condición?** Si contesto si, por favor explique abajo. Unos estudiantes con necesidades especiales de campamento pueden ser relacionadas a lo físico, mental, emocional, u condiciones sociales que requieren atención y cuidado individualizado. Unos ejemplos incluyen, pero no están limitados a: desafíos de movilidad, desregulaciones emocionales, una enfermedad mental que ha sido diagnosticada, y/o estudiantes que necesitan ayuda con ADL's (Actividades de la Vida Diaria).

Mi hijo requiere un ayudante en la escuela.

3. Si su hijo está bajo el cuidado de un médico por un problema agudo o crónico, su médico necesita saber que su hijo/a estará lejos de casa por cinco (5) días y noches completas. **¿Usted tiene una forma médica especializada para su hijo/a en la escuela?** Yes No

Si contestó no, y "cuidado médico especializado" es necesario, las instrucciones del médico se **requieren**. Por favor pídale a su médico que complete la Sección II al otro lado de esta forma.

4. ASEGURANZA MEDICA

Medi-Cal? _____ # _____ Tarjeta de Familias Sanas? _____ # _____
Aseguranza privada? _____ Nombre de compañía _____ Póliza# _____

LA SIGUIENTE DECLARACION DEBE SER FIRMADA ANTES DE QUE SU HIJO/A PUEDA SER ACEPTADO/A EN SCICON

Autorización para atención medica: Para mi hijo/a _____
(NOMBRE DEL ESTUDIANTE)

Yo aquí autorizo en caso de una emergencia la atención medica o cirugía de emergencia en el hospital más cercano y si yo no estoy disponible de inmediato.

FIRMA DE P/MADRE O GUARDIAN LEGAL _____ FECHA _____

POR FAVOR COMPLETE EL OTRO LADO DE ESTA FORMA

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

SECCION I – DEBE COMPLETARSE POR UN P/MADRE O GUARDIAN LEGAL

- El Programa SCICON colabora con un medical local para poder administrar unos medicamentos de venta libre que no requieren receta. Estos medicamentos (con el permiso de los padres) son para personas que están de campo y tienen malestares o lastimaduras menores durante el tiempo de campamento. Estos medicamentos están en la siguiente lista e incluyen la dosis y las razones por las cuales se administrarían. Solamente se administrarán según sea necesario y con la cooperación del estudiante.
- Si usted no desea que la enfermera escolar de SCICON administre estos medicamentos si son necesarios, por favor indique los medicamentos a los cuales usted No da permiso, luego firme la caja inmediatamente siguiente abajo.
- Si usted desea dar su permiso, simplemente firme abajo y deje los medicamentos siguientes *sin marcarlos*.

NO DOY PERMISO

- Advil 400mg – dolores leves y menstruales
- Benadryl 25mg – reacciones alérgicas
- Calamina (loción) - piquetes de insectos
- Claritin 10mg – alergias de temporada

NO DOY PERMISO

- Tylenol 650mg – analgésico para fiebre/dolor
- Polysporin (pomada) - cortaduras/quemaduras leves
- Hidrocortisona (crema) - comezón/sarpullido
- Antiácido – dolores estomacales

NO DOY PERMISO

- Cough drops – pastillas para dolor de garganta/tos
- Salina – irritación leve del ojo
- Melatonina 5mg – dificultad para dormir
- Aloe Vera – Sábila para quemaduras

NOMBRE DEL ESTUDIANTE

Yo pido que mi hijo/a (nombrado anteriormente) sea asistido/a en tomar los medicamentos prescritos (según sea necesario) en la Sección I y Sección II en SCICON por las personas autorizadas en cumplimiento con las pólizas y procedimientos establecidos.

FECHA FIRMADO

NOMBRE DE P/MADRE O GUADIAN LEGAL

FIRMA DE P/MADRE O GUARDIAN LEGAL

NINGUN MEDICAMENTO O SUPLEMENTO EN LA SECCION II SE ADMINISTRARÁ SIN LA APROBACION DE UN MEDICO

SECCION II- Medicamentos (del hogar) Con o Sin Receta

- TODO** medicamento/terapia/suplemento (incluyendo los que son a venta libre) DEBEN por Ley Estatal de California tener una orden firmada por un médico.
- Todo medicamento debe estar en el recipiente original con la etiqueta original de la receta. Los organizadores de pastillas *NO serán aceptados*.
- Si usted necesita más espacio para escribir, usted puede obtener formas medicas adicionales de su maestro/a o de su enfermera escolar.
- La Enfermera Escolar de SCICON mantendrá y se dispensaran todos los medicamentos según sean recetados.
- Los horarios estándar para dispensar las medicinas serán aproximadamente en la hora del desayuno (07:30 a.m.), Almuerzo (12:15 p.m.), Cena (05:30 p.m.), y a la hora de Dormir (08:00 p.m.)
- Los medicamentos deben estar claramente etiquetados con el nombre del estudiante, del maestro/la maestra, la escuela y las instrucciones precisas de la dosis.**
- No** empaque los medicamentos (incluyendo los inhaladores) en el equipaje de su hijo/a. El/la maestra o enfermera escolar los colectaran antes del viaje.
- El estudiante tendrá que cargar en su persona cualquier medicamento que sea necesario en caso de emergencia, por ejemplo: inhaladores, epinefrina, glucagón, etc. *después* que la enfermera de SCICON haya registrado los medicamentos y haya proporcionado educación de como cargar la medicina en su persona durante su estancia en SCICON.

SECTION II - TO BE COMPLETED BY CAMPER'S PHYSICIAN

Prescribers: Please do not put "QD" or "BID" for the time. Please specify specific meal times to administer medications "Breakfast", "Lunch", "Dinner", "Bedtime", etc. DOSAGE should include mg/mL, not just "1 tab".

MEDICATION NAME				
PURPOSE OF MEDICATION (ADHD, allergies, asthma, etc.)				
DOSAGE PRESCRIBED (specific to mg/mL, not # pills)				
TIME SCHEDULE (breakfast, lunch, dinner, bedtime, or specific time)				
DOSE ROUTE (oral, inhaled, nasal, etc...)				

PRECAUTIONS, SPECIAL INSTRUCTIONS, POSSIBLE ADVERSE EFFECT(S), OR COMMENTS:

PRINT NAME OF PHYSICIAN

TELEPHONE NUMBER

NAME OF MEDICAL OFFICE

ADDRESS (Number, Street name, Suite or Room number, City, State, and Zip Code)

The above named pupil, for whom the medication in Section I and II are prescribed, is under my care.

SIGNATURE OF PHYSICIAN

DATE SIGNED