

TODOS LOS EXPEDIENTES SON CONFIDENCIALES

Escuelas de Johnson City - Servicios de Salud

TARJETA DE INFORMACIÓN DE SALUD 2022-2023

Nombre del Estudiante: _____ Grado/Maestro: _____ / _____ Edad: _____ F de Nac: ____ / ____ / ____

Padre(s) Representantes: _____ Teléfono: _____ Celular: _____

1er Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

2do Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Médico : _____ Telf: _____ Dirección: _____

Alergias (a alimentos, insectos, medicamentos, etc.): _____ Epinefrina: Sí No

Mi niño puede participar en los siguientes exámenes de salud: Altura, peso (para calcular el índice de masa corporal) y presión arterial: Sí No

Problemas de salud diagnosticados por el médico:

(Se requiere la documentación del médico y pueden ser necesarios formularios adicionales).

Medicamentos que se toman en la casa/en la escuela:

(Incluya la prescripción y la venta libre)

Iniciales Necesario*	Medicamento	Síntomas
	Acetaminofén	Dolores leves/moderados
	Ibuprofeno	Dolores leves/moderados
	Benadryl (a partir de 6 años)	SÓLO reacción alérgica de emergencia
	Lavado de los ojos	Irritación de los ojos

La medicación anterior se administrará en la dosis recomendada por el fabricante.

DECLARACIONES DE CONSENTIMIENTO EN MATERIA DE SALUD

- Yo declaro que soy la madre, padre, representante legal del niño arriba mencionado. Doy permiso para que las Escuelas de Johnson City administren, o ayuden en la auto-administración de la medicación que he inicializado. Libero al Sistema Escolar de Johnson City y a su personal de cualquier reclamo legal que tengan ahora o que puedan tener en el futuro como consecuencia de la administración o la falta de administración de la medicación al estudiante. Asumiré toda la responsabilidad por cualquier efecto secundario y complicaciones que mi hijo pueda tener como resultado de los medicamentos. (TCA 49-50-1602a3)
- Entiendo que en caso de enfermedad o lesión, mi hijo será tratado y/o transportado por personal de emergencia al centro de salud más cercano y los costos serán asumidos por el padre/representante.
- La firma de los padres/representantes incluye el permiso para que la enfermera de la escuela se comunique con el(los) proveedor(es) de atención médica del estudiante.
- En el caso de que no se pueda contactar a los padres/representantes, doy mi consentimiento para que la enfermera discuta cualquier información médica (en los registros de la escuela) con los contactos de emergencia listados arriba o en PowerSchool. La información médica será discutida cuando sea razonablemente necesaria para el cuidado de mi niño.
- Las escuelas de Johnson City tienen existencias de epinefrina y naloxona, según el Código Anotado de TN 49-5-415 (f)(3) y el Código Anotado de TN 49-50-1604. La firma de los padres incluye el permiso para que la enfermera de la escuela o el personal capacitado lo administren en caso de una reacción alérgica que amenace la vida o los signos de una sobredosis de opioides.
- Los medicamentos que no se recojan antes del último día de clase (o dentro de los 14 días siguientes a la suspensión de su uso) serán destruidos. No se guardará ningún medicamento en la clínica después del último día de clase.

Firma del Padre/Representante: _____ Fecha: _____

Revised 2/28/2022

Las declaraciones aquí realizadas son verdaderas y correctas y, de acuerdo con el T.C.A. 39-17-702, se hacen bajo pena de perjurio.