

Presentación del Formulario de antecedentes médicos/información de emergencia del estudiante de los Servicios de Salud

La información no se guarda automáticamente en este formulario. Una vez que haya completado el formulario, guarde una copia de él en su computadora con el nombre del niño como título del archivo. Envíe por correo electrónico el Formulario de antecedentes médicos/información de emergencia del estudiante de los Servicios de Salud completo a la enfermera del campus donde su hijo asistirá a clases durante el año escolar 2020-2021 (consulte a continuación las direcciones de correo electrónico).

Si el último año al estudiante se le administró alguna vacuna, envíe también una copia del registro de vacunación actualizado por correo electrónico a la enfermera.

El formulario de antecedentes médicos/información de emergencia del estudiante de los Servicios de Salud y los registros de vacunación, de ser necesario, deben enviarse a la siguiente dirección de correo electrónico de su campus:

CAMPUS DE ESCUELA PRIMARIA:

Cibolo Valley Elementary -----	drusso@scuc.txed.net
Green Valley Elementary-----	solsen@scuc.txed.net
Paschal Elementary -----	efurlong@scuc.txed.net
Rose Garden Elementary -----	snodine@scuc.txed.net
Schertz Elementary -----	wayers@scuc.txed.net
Sippel Elementary -----	hndavis@scuc.txed.net
Watts Elementary -----	jlaw@scuc.txed.net
Wiederstein Elementary -----	mcherrera@scuc.txed.net

CAMPUS DE ESCUELA INTERMEDIA:

Jordan Intermediate -----	mshaffer@scuc.txed.net
Schlather Intermediate -----	ymoreno@scuc.txed.net
Wilder Intermediate -----	ksullivan@scuc.txed.net

CAMPUS DE JUNIOR HIGH:

Corbett Junior High -----	abroome@scuc.txed.net
Dobie Junior High -----	mmudge@scuc.txed.net

CAMPUS DE ESCUELA PREPARATORIA:

Allison L Steele Enhanced Learning Center -----	dthein@scuc.txed.net
Byron P Steele High School High School -----	lblevins@scuc.txed.net
Samuel Clemens High School -----	twatson@scuc.txed.net

Nombre del estudiante: Apellido		Nombre	2° N	# Identif. del estudiante
Grado	<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Fecha de nacimiento		
Domicilio residencial – Calle, Ciudad, Código postal			Número de teléfono residencial	
Nombre del padre/tutor legal		Correo electrónico	Teléfono celular	Teléfono de trabajo
Nombre del madre/tutor legal		Correo electrónico	Teléfono celular	Teléfono de trabajo
Por favor enumere a las personas que pueden asumir el cuidado temporal <u>Y/O</u> recoger a su hijo si no podemos localizarlos:				
Nombre		Teléfono celular	Teléfono de trabajo	Relación con el estudiante
Nombre		Teléfono celular	Teléfono de trabajo	Relación con el estudiante

En un esfuerzo de proporcionar cuidado seguro en base a información para su hijo(a) en la escuela, cada año el Departamento de Servicios de Salud del SCUCISD solicita la siguiente información para completar la inscripción de su hijo(a). La información médica que usted proporcione acerca de su hijo(a) es documentación escolar confidencial. El SCUCISD mantiene toda la documentación médica acerca de su hijo(a) en forma confidencial conforme lo requiere la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de las Familias (Family Educational Rights and Privacy Act) y otras leyes en la materia. Pero si se comunicará la información médica de su hijo(a) al personal del SCUCISD que requiera la información para servir mejor a su hijo(a).

Historial de Salud: Marque todas las condiciones que sean aplicables

El estudiante tiene un PLAN 504 para apoyos relacionados con su salud

ADHD ADD Medicamentos tomados en casa Medicamentos tomados en la escuela **RECETA MÉDICA REQUERIDA (consultar con la enfermera)**

ALERGIAS (especifique y describa a continuación): Droga Alimento Insecto

DROGA - Droga(s) y reacción _____

EL ESTUDIANTE REQUIERE "EPIPEN" y/o BENADRYL EN LA ESCUELA **RECETA MÉDICA REQUERIDA (consultar con la enfermera)**

ALIMENTOS – enumerar alimento(s) y reacción _____

SE REQUIERE PLAN MÉDICO REQUERIDO PARA ALEGIAS ALIMENTICIAS SEVERAS (consultar con la enfermera)

Insecto – Enumere el insecto(s) y reacción: _____

ASMA SE REQUIERE PLAN DE ACCIÓN MÉDICO PARA ASMA PARA QUE LOS INHALADORES/NEBULIZADORES SE PUEDAN USAR EN LA ESCUELA (consultar con la enfermera)

DIABETES (especifique): tipo 1 tipo 2

SE REQUIERE PLAN MÉDICO DE TRATAMIENTO DE DIABETIS TIPO 1 (Consultar con la enfermera)

DESORDEN EMOCIONAL/SICOLÓGICO Especifique: _____

PROBLEMAS AUDITIVOS: Aparatos auditivos Implante coclear Otro: _____

CONDICIÓN CARDÍACA Defecto del corazón Alta presión arterial Otro: _____

PROBLEMAS DEL RIÑÓN/VIAS URINARIAS Explicar: _____

MEDICAMENTO(S) TOMADO EN CASA/ESCUELA: _____

***** TODOS LOS MEDICAMENTOS TOMADOS EN LA ESCUELA REQUEREN RECETA MÉDICA CADA CICLO ESCOLARA (consultar con la enfermera)*****

MIGRAÑAS/DOLORES DE CABEZA Explicar: _____

CONVULSIONES **SE REQUIERE PLAN MÉDICO DE ACCIÓN PARA CONVULSIONES (consultar con la enfermera)**

Fecha de la última convulsión _____ Tipo de convulsiones _____

POBLEMAS ESTOMACALES/INSTESTINALES Explicar: _____

PROBLEMAS DE VISIÓN: Usa lentes Lentes de contacto Otro: _____

PROCEDIMIENTOS ESPECIALES EN LA ESCUELA **SE REQUIERE ORDEN MÉDICA ESCRITA (consultar con la enfermera):** _____

OTRAS PREOCUPACIONES MÉDICAS: _____

MI HIJO(A) NO TIENE NINGUNA ANORMALIDAD DE SALUD Y NO REQUIERE MEDICAMENTOS/PROCEDIMIENTOS ESPECIALES EN LA ESCUELA

Yo, quien firma al calce, por este hecho autorizo a los directivos de Distrito Escolar Independiente de Schertz-Cibolo-Universal City para contactar a las personas enumeradas en esta forma en caso de emergencia del estudiante aquí mencionado. En caso de que los padres u otras personas nombradas en esta forma no puedan ser localizados, quedan autorizados los directivos de la escuela para tomar cualquier acción necesaria a su juicio que salvaguarde la salud de mi hijo(a) aquí mencionado. Libero al distrito escolar de toda responsabilidad financiera por el cuidado de emergencia y/o transporte del niño mencionado.

Fecha: _____ Firma de los padres/tutores legales: _____ *

*** Debido a COVID-19, las firmas digitales se aceptan temporalmente. Una vez que se reanuden las operaciones normales, el campus puede solicitar su firma real en todos los documentos.**