

STUDENT HEALTH HISTORY- 2023-2024

No se permitirá a los estudiantes participar en actividades de laboratorio hasta que este formulario se complete y se devuelva.

Nombre del estudiante _____ Escuela secundaria de origen _____

ÚLTIMO

PRIMERO

Programa MBIT _____

Calificación _____

Fecha de nacimiento _____

Primario

Dirección _____

Calle

Pueblo

Estado

Código postal

Dirección de correo electrónico del tutor principal _____

Madre/Tutor _____ Teléfono de casa _____

Teléfono celular _____

Lugar de empleo _____ Teléfono del trabajo _____

Padre/Tutor _____ Teléfono de casa _____

Teléfono celular _____

Lugar de empleo _____ Teléfono del trabajo _____

El estudiante vive con _____

Nombre(s) _____ Relación con el estudiante _____

Contactos de emergencia (distintos de los enumerados anteriormente):

(Indique solo los adultos mayores de 18 años que estén disponibles durante el horario escolar para recoger a su estudiante)

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Médico del estudiante _____

Teléfono _____

Dentista del estudiante _____

Teléfono _____

*****POR FAVOR LLENE EL REVERSO DEL FORMULARIO*****

Número de formulario ISO: 2400.07	Fecha de emisión: junio de 2023
Este es un documento controlado. Las copias impresas de este documento se consideran no controladas.	

Nombre del estudiante _____

POR FAVOR MARQUE (✓) SI EL ESTUDIANTE TIENE ALGUNO DE LOS PROBLEMAS MÉDICOS QUE SE ENUMERAN A CONTINUACIÓN :

☐	Asma	☐	*Alergia alimentaria que requiera medicación	☐	*Alergia al latex	☐	*Alergia de piel
☐	Se necesita inhalador en la escuela	☐	Problema de audición	☐	Problema de visión	☐	Alergia/Problema Respiratorio
☐	Diabetes	☐	Problemas cardiacos	☐	Alergia a medicamentos	☐	*Picadura de abeja/insecto que requiere medicación (círculo que)
☐	Desorden sangrante	☐	**Trastorno convulsivo	☐	Otro (por favor explique): _____		

*Si un estudiante requiere un Epi-pen, debe conservarlo en la Oficina de Salud o con el estudiante (con el permiso del Médico), así como un Formulario de Administración de Medicamentos firmado. También se creará y compartirá con su instructor un plan de atención de emergencia.

**Cualquier estudiante con un trastorno convulsivo tendrá un Plan de atención de emergencia creado y compartido con su instructor.

Por favor explique cualquiera de las condiciones marcadas anteriormente, o cualquier otro problema de salud especial que le gustaría que la enfermera de la escuela tenga en cuenta _____

Medicamentos diarios (incluidas vitaminas/ suplementos) _____

Política de dispensación de medicamentos

Todos los medicamentos, tanto recetados como sin receta, deben guardarse en la oficina de salud de la escuela. **No se administrará ningún medicamento a ningún estudiante sin completar adecuadamente el Formulario de dispensación de medicamentos.** El formulario también debe usarse para medicamentos sin receta cuando los recete un médico o un dentista. Los medicamentos se administrarán a los estudiantes durante el horario escolar solo cuando el estudiante los necesite para permanecer en la escuela y se requiera su administración durante el horario escolar. Todo medicamento que será administrado por el personal de la escuela debe entregarse en el envase original de la receta junto con un Formulario de Dispensación de Medicamentos. Los medicamentos en bolsitas, papel de aluminio, sobres, pastilleros viejos o frascos de otros miembros de la familia no son aceptables y no se administrarán.

se administrarán los medicamentos que sean absolutamente necesarios durante el día escolar. Excepto en caso de emergencia, no se administrarán medicamentos durante el primer período del día sin instrucciones escritas del médico del estudiante. La enfermera de la escuela tiene órdenes permanentes del médico de la escuela para administrar acetaminofén (Tylenol genérico), ibuprofeno (Motrin/Advil genérico), Tums o Benadryl si es necesario y con el consentimiento de los padres. El permiso para medicamentos no es válido sin la firma del padre/tutor. Marque las casillas para dar su consentimiento para que su hijo tome los medicamentos que se enumeran a continuación :

☐ Acetaminofén ☐ Ibuprofeno ☐ Tums ☐ Benadryl

Si no se puede contactar inmediatamente a un padre/tutor durante una emergencia, entiendo que MBIT debe intentar conseguir atención médica para mi hijo según se considere necesario. Libero a cualquier miembro del personal de responsabilidad por las acciones tomadas en mi nombre durante una emergencia médica relacionada con mi hijo. Doy permiso para que mi hijo sea tratado en la Oficina de Salud según sea necesario y que la información de salud de mi hijo pueda compartirse con el personal de la escuela y los proveedores de atención médica de mi hijo según sea necesario.

Firma del Padre / Tutor

Fecha

El Medio Instituto Bucks de Tecnología, hace no discriminar en es educativo programas, actividades, o empleo prácticas, basado en carrera, color, nacional origen, [sexo] género, sexual orientación, discapacidad, edad, religión, ascendencia, unión afiliación, género identidad o expresión, SIDA o VIH estado, o cualquier otro legalmente protegido categoría y. Anuncio de esta política es en conformidad con Estado Ley incluido el Pensilvania Humano Relaciones actuar y con Federal ley, incluyendo Título VI y Título VII de el civil Derechos Ley de 1964, Título IX de la educación Enmiendas de 1972, Sección 504 de el Rehabilitación Acto de 1973, el Edad Discriminación en Empleo acto de 1967, y el americanos con Discapacidades acto de 1990. Consultas puede ser dirigido al medio Instituto Bucks de Tecnología, Título IX Coordinador o Sección 504 Coordinador a las 2740 York Road, Jamison, PA 18929 o 215-343-2480.

Número de formulario ISO: 2400.07

Fecha de emisión: junio de 2023

Este es un documento controlado. Las copias impresas de este documento se consideran no controladas.