

Nombre del estudiante _____

POR FAVOR MARQUE (y) SI EL ESTUDIANTE TIENE ALGUNO DE LOS PROBLEMAS MÉDICOS MENCIONADOS A CONTINUACIÓN:

<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	*Alergia alimentaria que requiere medicación	<input type="checkbox"/>	*Alergia al latex	<input type="checkbox"/>	*Alergia de piel
<input type="checkbox"/>	Inhalador necesario en la escuela	<input type="checkbox"/>	Problema de audición	<input type="checkbox"/>	Problema de visión	<input type="checkbox"/>	Alergia/problema respiratorio
<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Problemas cardiacos	<input type="checkbox"/>	Medicamento Alergia	<input type="checkbox"/>	*Picadura de abeja/insecto que requiere medicación (círcule cuál)
<input type="checkbox"/>	Desorden sangrante	<input type="checkbox"/>	**Trastorno convulsivo	<input type="checkbox"/>	Otro (por favor explique): _____		

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

**Cualquier estudiante con un trastorno convulsivo tendrá un Plan de Atención de Emergencia creado y compartido con su instructor

Explique cualquiera de las condiciones marcadas anteriormente, o cualquier otro problema de salud especial que le gustaría que la Escuela Enfermera a tener en cuenta _____

Medicamentos diarios (incluidas vitaminas/suplementos) _____

Política de dispensación de medicamentos

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

Sólo se administrarán los medicamentos que sean absolutamente necesarios durante la jornada escolar. Excepto en caso de emergencia, no se administrarán medicamentos durante el primer período del día en ausencia de instrucciones escritas del médico del estudiante. La enfermera de la escuela tiene órdenes permanentes del médico de la escuela para administrar paracetamol (Tylenol genérico), ibuprofeno (Motrin/Advil genérico), Tums o Benadryl si es necesario y con el consentimiento de los padres. El permiso para la medicación 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

Tumbas

Benadryl

Si no se puede contactar a un padre/tutor de inmediato durante una emergencia, entiendo que MBIT debe intentar obtener atención médica para mi hijo según se considere necesario. Libero a cualquier miembro del personal de la responsabilidad por las medidas 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 ser compartida con el personal de la escuela y los proveedores de atención médica de mi hijo según sea necesario.

Firma del Padre / Tutor _____

Fecha _____

El Instituto de Tecnología de Middle Bucks no discrimina en sus programas educativos, actividades o prácticas de empleo por motivos de raza, color, origen nacional, [sexo] género, orientación, discapacidad, edad, religión, ascendencia, afiliación sindical, identidad o expresión de género, estado de SIDA o VIH, o cualquier otra categoría legalmente protegida. El anuncio de esta política está en de acuerdo con la Ley Estatal, incluida la Ley de Relaciones Humanas de Pensilvania, y con la ley Federal, incluidos el Título VI y el Título VII de la Ley de Derechos Civiles de 1964, el Título IX de la Ley de Educación Enmiendas de 1972, la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad en el Empleo de 1967 y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990. Las consultas pueden ser dirigido al Instituto de Tecnología de Middle Bucks, Coordinador del Título IX o Coordinador de la Sección 504 en 2740 York Road, Jamison, PA 18929 o 215-343-2480.

Número de formulario ISO: 2400.07

Fecha de emisión: junio de 2022

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