



FRISCO INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

# First Time Enrollment and First Day Packets

- STUDENT HEALTH INFORMATION • REVISED FEBRUARY 2009 -

## INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DEL ESTUDIANTE

- CONFIDENCIAL, PARA USO DE LA CLÍNICA SOLAMENTE -

Favor de indicar con un \* el mejor número de teléfono al que le podemos contactar durante el día escolar

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_M \_\_\_\_F

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Número de identificación (ID#) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

### Padres/tutores legales con los que vive el estudiante

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante \_\_\_\_\_ Número de teléfono de la casa \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo \_\_\_\_\_ Número de teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante \_\_\_\_\_ Número de teléfono de la casa \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo \_\_\_\_\_ Número de teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Otros niños en el Distrito Escolar Independiente de Frisco, nombres y grados \_\_\_\_\_

### Nombre dos contactos de emergencia con permiso de recoger a su niño en caso de que los padres no puedan ser contactados:

1. \_\_\_\_\_ Número de teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Número de teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Número de teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Número de teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

A los estudiantes se les dan primeros auxilios, de ser necesario, mientras están en la escuela. Una lista de los medicamentos (orales y tópicos) que son usados en la clínica de la escuela está disponible bajo solicitud de parte de la enfermera escolar. El personal de la escuela puede administrar TYLENOL o ADVIL (o su equivalente genérico) por dolor o fiebre, BENADRYL (o su equivalente genérico) por reacciones alérgicas, TUMS, GOTAS PARA LA TOS y TIRAS PARA ALIVIAR EL DOLOR DE GARGANTA con **el consentimiento de los padres. Estos son los ÚNICOS medicamentos orales sin receta médica que la enfermera puede administrar y deben ser provistos por los padres. Todos los otros medicamentos** (con o sin receta médica) deben estar acompañados de una receta médica escrita por un médico, estar etiquetados adecuadamente y estar en **sus envases originales**. Un formulario de permiso **debe** estar firmado por separado por el padre/tutor **antes** de que la enfermera pueda administrarle el medicamento a su niño. Todos los medicamentos deben ser traídos a la enfermera por el padre/tutor. **Favor de marcar una de las líneas a continuación:**

\_\_\_\_\_ **Sí.** Mi niño **TIENE** permiso de tomar los medicamentos arriba mencionados según lo indica el protocolo de la escuela.

\_\_\_\_\_ **No.** Mi niño **NO TIENE** permiso de tomar los medicamentos arriba mencionados.

Favor de indicar **sí** o **no** sobre cualquier factor o condiciones médicas de los que el personal de la escuela deba estar conciente:

\_\_\_\_ ADD/ADHD (trastorno por déficit de atención/trastorno por déficit de atención con hiperactividad)

\_\_\_\_ Diabetes \*      \_\_\_\_ Medicamentos tomados con regularidad\*      \_\_\_\_ Enfermedades o accidentes graves

\_\_\_\_ Alergias\*      \_\_\_\_ Incapacidad      \_\_\_\_ Operaciones recientes

\_\_\_\_ Asma\*      \_\_\_\_ Problemas de visión/auditivos      \_\_\_\_ Convulsiones (desorden o historial de)\*      \_\_\_\_ Otros

\* Favor de visitar a la enfermera escolar para formularios adicionales que completar

Favor de explicar detalladamente cualquier respuesta contestada con un "sí" \_\_\_\_\_

¿Necesita el niño alguna adaptación especial mientras esté en la escuela? \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Favor de usar el reverso de este formulario para agregar cualquier información adicional de ser necesario