





**Escuelas Públicas del condado de Jefferson (JCPS)  
Consentimiento para tratamiento en enfermería e historial clínico  
2018-2019**

**Lado 2**

**Para uso de los padres/tutores (Favor de llenar ambos lados del formulario)**

Alumno: \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino  
 Maestro(a): \_\_\_\_\_ escuela: \_\_\_\_\_  
 Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ teléfono de casa: \_\_\_\_\_  
 Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ teléfono celular: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_  
 Médico del alumno(a): \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_  
 Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_

- No  Sí ¿Su hijo(a) cuenta con seguro médico?  
 Si Sí, ¿Qué seguro?  *Passport*  *WellCare*  *CareSource*  *Aetna*  *Anthem*  
 Otro \_\_\_\_\_  mi hijo(a) no cuenta con seguro médico
- No  Sí **Lentes/De contacto**, Fecha/Lugar del último examen de la vista: \_\_\_\_\_  
 No  Sí **Aparatos auditivos**, Fecha/Lugar del último examen auditivo: \_\_\_\_\_  
 No  Sí **Problema dentales**, Fecha/Lugar del último revisión dental: \_\_\_\_\_

**Medicamentos diarios**

JCPS requiere tener una autorización firmada en expediente antes de poder administrar cualquier medicamento (con receta o de libre venta) dentro de la escuela. El formulario para dicha autorización se encuentra disponible en la enfermería o la página web escolar.

Indique todos los medicamentos que toma en casa y/o en la escuela: \_\_\_\_\_

**Condiciones médicas**

JCPS requiere que cada alumno cuente con formularios de Médico de Cabecera y de Plan Escolar de Salud (PCP y SHP, por sus siglas en inglés respectivamente) en su expediente. Ambos formularios deben estar firmados tanto por el médico como por el padre/tutor. Los formularios PCP y SHP se encuentran disponibles en la enfermería o la página web escolar.

**Padecimientos crónicos (REQUERIRÁN de formularios del Médico de Cabecera y de Plan escolar de Salud completos y firmados)**

Seleccione todas las que apliquen:

- No  Sí **Asma severa: toma medicamento diario (inhalador) o fue hospitalizado por asma en el último año.**  
 No  Sí **Asma: toma medicamento (inhalador) solo cuando es necesario**  
 No  Sí **Alergia severa a alimentos (nueces, huevo, mariscos, etc.) (especifique):** \_\_\_\_\_ **Requiere Epipen:** \_\_\_\_\_  
 No  Sí **Reacción alérgica severa a picaduras de abeja** **Requiere Epipen:** \_\_\_\_\_  
 No  Sí **Otras alergias severas (especifique):** \_\_\_\_\_ **Requiere Epipen:** \_\_\_\_\_  
 No  Sí **Diabetes**  
 No  Sí **Trastorno convulsivo:**  
**Tipos de convulsión y fecha de última convulsión:** \_\_\_\_\_  
 No  Sí **Enfermedades, operaciones, cirugías**  
 Describa/Explique: \_\_\_\_\_  
 No  Sí **Cáncer, trastornos sanguíneos**  
 Describa/Explique: \_\_\_\_\_  
 No  Sí **Cardiopatías:** \_\_\_\_\_  
 No  Sí **Inquietudes de conducta/emocionales:** \_\_\_\_\_  
 No  Sí **Problemas ortopédicos:** \_\_\_\_\_  
 No  Sí **Otros problemas de salud:** \_\_\_\_\_

**¿Su hijo presenta algún otro problema que pudiera afectarle en el aula o durante actividades de educación física?**

- No  Sí Si sí, explique: \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo a la escuela para que verifique la información anterior y autorizo al médico del alumno para que comparta con el/la enfermero(a) escolar los registros médicos requeridos (inmunización, exámenes preventivos de salud, exámenes orales, exámenes de la vista, etc.). Por la presente autorizo al personal de JCPS para que agregue la información de inmunización en el Registro de Inmunización de Kentucky.

Nombre del padre/tutor (letra de molde)

Firma del padre/tutor

Fecha