



Nombre de Estudiante _____

**FORMA DE BEVERLY ESCOLAR DE LA CIUDAD DE LA SALUD OFICINA
AÑO ESCOLAR 2019-2020**

HEALTH HISTORY

- Problemas cardiacos _____
- Asma _____
- Trastorno convulsivo (convulsiones) _____
- Diabetes _____
- Alergias _____
- Alergias a los alimentos _____
- Las alergias de insectos _____
- Trastorno emocional _____
- Autismo _____
- Problemas de audición _____
- Problemas de visión _____
- Problemas del habla _____
- Otro Condición(es) _____

Si su respuesta es sí a cualquiera de los anteriores, explique:

MEDICAMENTOS

Por favor, haga una lista de cualquier medicamento que su hijo está tomando. TODOS los medicamentos administrados por la enfermera escolar REQUIERE UN MÉDICO DE ORDEN ESCRITA Y FIRMA DE LOS PADRES (Por favor, póngase en contacto con la enfermera de la escuela para las formas apropiadas)

EXÁMENES FÍSICOS

Código Administrativo de Nueva Jersey requiere que cada estudiante obtenga la documentación de un examen físico al inscribirse en una escuela de Nueva Jersey, al solicitar los documentos de trabajo, y antes de participar en el atletismo. Además, el Estado recomienda un examen físico al menos una vez durante cada etapa de desarrollo; en la primera infancia (preescolar hasta el grado 3), la pre-adolescencia (grado 4-6), y en la adolescencia (grados 7-12).

Todos los exámenes médicos deben llevarse a cabo por el médico de familia (hogar médico o centro de atención urgente que proporciona exámenes físicos). Si el estudiante no tiene un médico de familia, por favor, póngase en contacto con la enfermera de la escuela. Información sobre Nueva Jersey Family Care está disponible en la Oficina de Salud y en el sitio web de la enfermera de la escuela.

(CONTINUADO)

Exámenes de salud

La enfermera será la realización de exámenes de salud en todos los estudiantes durante el año escolar. (Proyecciones puede incluir la altura, el peso, la presión arterial, la visión, la audición y / o escoliosis) Tenga en cuenta que si su hijo está en el 5º o 7º grado la enfermera llevará a cabo un examen de la escoliosis. Por favor, consulte más abajo si nos está dando permiso para este examen (5º y 7º grado solamente). Usted recibirá más información sobre esta prueba de detección más adelante en el año.

_____ Sí, quiero que mi hijo este examinado para la escoliosis _____ No quiero que mi hijo este examinado

Mi hijo, _____ tiene permiso para recibir el siguiente medicamento de venta libre para las dolencias específicas.

_____ Tylenol (peso y la edad apropiada) SOLO para dolores de cabeza, calambres, fiebre (tiene que ser recogido)
_____ Pastillas para la tos para la tos / dolor de garganta
_____ Hidrocortisona crema loción / calamina para la piel localizada irritación / picazón
_____ Ungüento antibiótico triple para pequeños cortes / abrasiones
_____ Visine para las molestias en los ojos

Por favor indique sí / no al lado de cada uno de los medicamentos anteriores en tinta. Rellena toda la información en la parte inferior de este formulario o se le devolverá y no se dará ningún medicamento.

Nombre de Estudiante

Firma del padre / Guardián

Fecha

Grado/Maestro(a)

Por favor firme (en tinta) y regresa este formulario. Ningún medicamento será dada sin que esto forma escrita.

Alyssa de la Pena BSN, RN
School Nurse
609-387-2200 ext. 212