JONESVILLE COMMUNITY SCHOOLS
Jonesville, MI 49250

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO Y EL USO OVER-THE-COUNTER DE LA MEDICACIÓN

La información siguiente es necesaria para cualquier estudiante recibir los primeros auxilios o uso sobre las medicaciones contrarias en escuela. Complete por favor todas las áreas incluyendo la parte posteriora de la actualización de la salud encendido.

_____ _____
El nombre del estudiante Fecha de nacimiento

_____ _____
La dirección Teléfono

_____ _____
Nombres de los padres Teacher's Name

_____
Alergias

Quien a llamar si su niño necesita ir a casa durante horas de la escuela y nosotros no podemos alcanzar a los padres.

_____ _____ _____
Nombre Teléfono Relación

_____ _____ _____
Nombre Teléfono Relación

1. Autorizo para mi niño nombrado sobre to: **(Check uno o ambos)**
2. Notificaré la escuela inmediatamente si hay algún cambio en mi estado de salud de niño que afectaría el uso de la medicación.
3. Lanzare y acordare llevar a cabo a tablero de la educación, de sus funcionarios, y de sus empleados inofensivos de cualesquiera y de toda la responsabilidad por danos o lesión.

La enfermera de la escuela o el personal bajo la dirección de la enfermera aplicarán vaselina, loción de calamina, crema de hidrocortisona y Burn-Jel según sea necesario para las erupciones, cortes, quemaduras menores y abrasiones de la piel. Ora-Gel se aplicará para dolores / dolores en la boca menores. Se proporcionará menta o TUMS para los dolores de estómago. Se administrarán gotas para la tos para dolores de garganta sin fiebre.

Compruebe Por favor cada caja que indica que medicación(s) que su niño puede recibir.

_____ Acetaminophen (Tylenol) _____ Ibuprofen (Advil/Motrin)

_____ Diphenhydramine (Benadryl) – for mild allergic reactions

_____ _____
Firma de padres Fecha

_____ _____
Teléfono – Madre del trabajo Teléfono – Padre del trabajo

Actualización De la Información De la Salud

¿Tiene su niño recibió cualquier inmunización o los tiros del aumentador de presión en el pasada ano?

_____ Si _____ No

Explique:

¿En el último ano, su niño ha tenido evaluaciones exteriores, tales como medico, neurológico, ortopédico, psiquiátrico, psicológico, speach y lengua o pruebas especiales?

_____ Si _____ No

Explique:

Examen pasado de la visión._____ ¿Usa los cristales? ____ Si _____ No

Examen pasado del hearin. _____ ¿Tubos en oídos? ____ Si _____ No

_____ La derecha

_____ Izquierdo

Problemas de salud:
Alergias

Enfermedades comunicables

Enfermedades.

Accidentes

Surgery/Hospitalization

¿Han diagnosticado a su niño con cualquiera del siguiente?

_____ Asma _____ Diabetes _____Convulsiones _____Problemas del corazón

_____ Other (Please especifica)

Si usted comprobó cualquiera del antedicho entra en contacto con por favor a enfermera de la escuela.

Enumere por favor cualesquiera nuevos cambios de la familia, salud especial problems/behaviors, habilidades, necesidades del equipo, tratamiento medico u otras preocupaciones que usted pueda tener con respecto a su niño.