



MINNEAPOLIS
PUBLIC SCHOOLS
Urban Education. Global Citizens.

Escuelas Públicas de Minneapolis Servicios relacionados a la salud



Formulario de información de la salud del estudiante para paseos escolares en los que pasan la noche

Paseo escolar y destino: _____

Maestro(a)/grado: _____ Fecha (s) del viaje: _____

Estimado padre/tutor: Por favor complete el siguiente formulario de información de salud. Esta información ayudará a los miembros del personal que acompañan a los estudiantes en la excursión a estar consciente de algún problema o necesidad que los estudiantes tengan por su salud.

Nombre del estudiante: _____

Número de teléfono del hogar: (____) _____ Dirección del hogar: _____

Nombre del padre/la madre/ el tutor: _____

Número de teléfono del trabajo: (____) _____ Número de teléfono del celular: (____) _____

Nombre del contacto de emergencia: _____

Número de teléfono del contacto de emergencia (____) _____

Compañía de seguro médico: _____ Número de póliza: _____

Información de historial médico: Por favor marque todas las que apliquen:

- | | | |
|---|---|--|
| Asma <input type="checkbox"/> | Pesadillas <input type="checkbox"/> | Condición del corazón <input type="checkbox"/> |
| Diabetes <input type="checkbox"/> | Enuresis nocturna (moja la cama) <input type="checkbox"/> | Dolores de estómago <input type="checkbox"/> |
| Convulsiones <input type="checkbox"/> Tipo: _____ | Sonambulismo <input type="checkbox"/> | Infecciones de oído <input type="checkbox"/> |
| ADHD <input type="checkbox"/> | Se desmaya con facilidad <input type="checkbox"/> | Otro: _____ |

Alergias: _____

Sensibilidad a la hiedra venenosa, zumaque o roble (Poison Ivy, Sumac u Oak): _____

Fecha en que se le suministró la última vacuna contra el tétano: _____

¿Existe alguna razón por la que se deba limitar la actividad de su hijo(a)? Sí No

Si contestó afirmativamente, por favor explique a continuación: _____

¿Su hijo(a) ha sido expuesto recientemente a alguna enfermedad contagiosa? Sí No

Si contestó afirmativamente, por favor explique a continuación: _____

Si su hijo(a) padece de algún otro tipo de condición médica, tiene algún tipo de información o instrucción, por favor descríbalos a continuación: _____

¿Su hijo(a) está tomando algún tipo de medicamento actualmente? Sí No

Si contestó afirmativamente, por favor explique a continuación: _____

Si su hijo(a) requiere TOMAR ALGÚN MEDICAMENTO durante la excursión o paseo escolar que aún no ha sido suministrado en la escuela, la parte trasera o el reverso de este formulario debe de ser completado y devuelto 5 días antes de la fecha de salida y debe ser firmado por los padres/el padre y el médico.

- Se llamará al 911 o a los servicios de emergencias médicas si ocurre una emergencia médica y el estudiante será transferido al hospital o clínica más cercana.

Por favor, voltee la página y complete la parte de atrás➔



MINNEAPOLIS PUBLIC SCHOOLS

Urban Education. Global Citizens.

Minneapolis Public Schools

Health Related Services (Spanish version)



Authorization for Administration of Medication at School

Permiso para administrar medicamentos en la escuela

Los Padres / Tutores que desean que el personal escolar administre medicamentos a su hijo en la escuela, deben dar su autorización por escrito cada año escolar y dicho permiso debe llevar la firma de los Padres o Tutores, además de la firma del médico del niño(a).

Estudiante: _____ Fecha de nacimiento _____ # de Identificación _____

Escuela: _____ Año escolar: _____ Salón / grado escolar: _____

Physician/licensed prescriber's order for Administration of Medication by School Personnel

Table with 6 columns: Medical Condition, Medication, Dose, Time, Route, Possible Side Effects. Rows 1 and 2 are empty for entry.

Other considerations/directions: _____

Start date: _____ Stop date: _____

(All authorizations expire at the end of the school year or following the summer school session.)

Signature of Physician/Licensed Prescriber Print name of Physician/Licensed Prescriber Date

Clinic address Phone Fax

Autorización de los Padres / Tutores

- 1. Yo solicito que los medicamentos mencionados arriba sean administrados durante las horas de escuela tal como lo ha ordenado el medico de mi hijo(a). También solicito que los medicamentos sean administrados durante las excursiones escolares, tal como se ha recetado.
2. Yo avisaré al personal de la escuela de cualquier cambio con respecto al medicamento (por ejemplo, la dosis, la terminación del tratamiento , etc.)
3. Yo autorizo que los medicamentos sean administrados por el personal escolar designado, entrenado y supervisado por la enfermera escolar.
4. Legalmente, ustedes pueden rehusar firmar esta autorización de medicamentos. Si es así, no podremos administrar el medicamento a su hijo(a) en la escuela.
5. Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento, al enviar un aviso por escrito a la enfermera licenciada de la escuela.

Firma de los Padres / Tutores Fecha Parentesco con el estudiante

Nota: los medicamentos deben presentarse en su frasco / envase original

Autorización para dar información

- 1. Autorizo a la enfermera de la escuela a comunicarse, si fuera necesario, con el personal escolar sobre la enfermedad de mi hijo(a) y la acción de los medicamentos que él o ella está tomando
2. Autoriza a la enfermera de la escuela a consultarle al medico de mi hijo(a) con respecto a cualquier pregunta que ella tuviera acerca de los medicamentos enlistados y la enfermedad siendo tratado por dichos medicamentos.
3. Autorizo al medico de mi hijo(a) a dar información relacionada a los medicamentos enlistados arriba y su enfermedad a la enfermera licenciada de la escuela.

Firma de los Padres / Tutores Fecha Parentesco con el estudiante

Favor de devolver a: _____ Tel. _____ Fax: _____

RN, Enfermera Licenciada de la Escuela