



**Departamento de Salud del Condado Fayette
en Lexington**

**DIVISIÓN SALUD
ESTUDIANTIL**

650 Newtown Pike
Lexington, Kentucky 40508-1197
(859) 288-2314
(859) 288-2313 Fax

CARPETA PARA REPRESENTANTES - CATETERISMO

Estimado representante:

Usted nos ha informado que el/la estudiante tiene un problema médico. A continuación se adjuntan los formularios, que deben ser completados tanto por el padre/madre/representante como por el médico del/la estudiante. Estos formularios son necesarios para que el/la enfermero/a escolar o el personal escolar, debidamente capacitado, puedan realizar o administrar tratamientos o procedimientos médicos específicos. Esta información nos ayudará a trabajar con el/la estudiante para minimizar las restricciones innecesarias, para evitar crear sentimientos de ser tratado/a de manera diferente y disminuir posible ausentismo.

Envíe una foto actual del/la estudiante para que este/a sea fácilmente identificado/a. Esta información se distribuirá al personal escolar apropiado según sea necesario y puede incluir a los/las conductores/as de autobuses, maestros/as suplentes, personal de la cafetería y otras personas que a diario trabajan con el/la estudiante.

Para poder ayudar el/la estudiante, infórmenos sobre cualquier cambio en su condición médica o en los teléfonos del contacto de emergencia durante las horas del día.

Lo siguiente debe devolverse a el/la enfermero/a escolar de su escuela:

- **Ficha de información de salud del/la alumno/a**
- **Autorización del médico y del padre/madre/representante para el procedimiento de cateterismo**

Esperamos tener un año excelente con su alumno/a. Por favor llame a el Departamento de Salud, Programa de Servicios Escolares por el 288-2314 si usted tiene alguna pregunta.

FICHA DE INFORMACIÓN DE SALUD DEL/LA ALUMNO/A

Año escolar: _____

CONDICIÓN MÉDICA: _____

(Este forma estará disponible para los/las maestros/as y para el personal apropiado de la escuela)

Nombre del/la estudiante: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Alergias: _____

Escuela: _____ Maestro/a: _____ Grado: _____

Pasajero del autobús: SI NO Autobús #: AM: _____ PM: _____ No usa transporte

Nombre(s) del representante(s): _____

Dirección/Código Postal: _____

Llamar representante 1: – Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Llamar representante 2: – Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Persona de contacto alterna en caso de emergencia:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ TELEFONO: _____

HOSPITAL DE PREFERENCIA: _____

HISTORIA DE LA CONDICIÓN MÉDICA - Incluir fecha de inicio y lo acontecido más recientemente: _____

* MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTOS EN LA ESCUELA: _____

COMENTARIOS ADICIONALES: _____

Firma del/la representante: _____ FECHA: ____ / ____ / ____

**Debe completar los Formularios de Consentimiento de Medicamentos antes de traer cualquier medicamento recetado a la escuela para ser administrado. Los formularios están disponibles en la escuela.*

REVISADO POR: _____ RN FECHA ____ / ____ / ____

