

CONSENTIMIENTO DEL PADRE/TUTOR PARA TRATAMIENTO MÉDICO
Escuelas centrales de Boone 2023/2023

Información general	
Apellido:	Primer nombre:
Fecha de nacimiento:	Calificación:
Nombre del Padre de Familia / Guardian:	Teléfono:
Nombre del Padre de Familia / Guardian:	Teléfono:

Información de salud	
Proveedor de atención médica primaria:	
Dentista primario:	
Medicamentos Actuales:	
Marque lo que aplica:	
<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Alergia(s): _____ <input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Ansiedad/Depresión/Salud mental	<input type="checkbox"/> Retrasos en el desarrollo <input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Intolerancia alimentaria/Lactosa/Celiaquía	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/Migrañas/Posteriores a una conmoción cerebral
<input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva/visual	<input type="checkbox"/> Condición cardíaca <input type="checkbox"/> SII/incontinencia
Otros comentarios: _____	
<input type="checkbox"/> Necesitará medicamentos de emergencia guardados en la escuela	
<input type="checkbox"/> Necesitará medicamentos durante el día escolar	

Administración de medicamentos
Permita que mi hijo reciba los siguientes medicamentos según lo considere necesario la enfermera de la escuela u otro profesional capacitado de las Escuelas Centrales de Boone. Doy mi consentimiento para los siguientes medicamentos sin sujeción a responsabilidad por enfermedad o lesión. Es responsabilidad del padre/tutor informar a la escuela si ya se administró una dosis antes de la escuela.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Acetaminofén/Tylenol
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ibuprofeno/Motrin
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Pastillas para la tos
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tableta antiácida/Tums
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Gotas de solución salina para los ojos (comezón en los ojos/lentes de contacto)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Orajel (herpes labial/dolor de dientes)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Aerosol nasal salino/Afrin (hemorragias nasales)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cremas tópicas (antibiótico/quemadura/picazón)

Doy mi consentimiento para la divulgación de la información contenida en este documento a todos los miembros del personal de la escuela y otros adultos que tengan la responsabilidad de mi hijo y que puedan necesitar conocer esta información para mantener la salud y la seguridad de mi hijo. Como padre/tutor, también autorizo al personal de la Escuela Central de Boone a obtener y administrar tratamiento médico de emergencia por parte de personal médico profesional a mi hijo en la escuela, o en transporte escolar autorizado, o en una actividad respaldada por la escuela.

Firma del padre/tutor

Fecha