

Carta de Información Médica del Estudiante: 2020-2021

Estimado Padre/Tutor:

Según el reglamento del Departamento de Educación, el Departamento de Salud Pública y el Departamento de Educación y Atención Tempranas, **todos los estudiantes deben someterse a un examen físico anual y presentar un informe actualizado sobre la inmunización.** Se recomienda encarecidamente un examen dental.

Requisitos de Medicación:

Si su hijo toma medicamentos durante el día escolar y/o durante las horas de residencia, se **requiere** la siguiente documentación para permitir la administración de medicamentos.

- Una nueva orden escrita del doctor en el membrete del médico para el año académico 2020-2021.
- Permiso escrito de los padres para administrar medicamentos.
- Un envase de farmacia con etiquetas precisas para medicamento(s).
- Suministro de medicamentos no superior a una cantidad de 1 mes, que se mantendrá en el departamento de enfermería.

Los medicamentos deben ser entregados **directamente al departamento de enfermería** por un padre o un adulto, no el estudiante. Los medicamentos serán administrados por una enfermera o su designado en el caso de una excursión.

Si su hijo tiene una necesidad especial de medicación o tratamiento médico, entrega de un medicamento o una restricción, por favor llame al Departamento de Enfermería al (508) 879-5110:

Para Estudiantes de Secundaria y Preparatoria: Ext. 520

Para Pre-K y Escuela Primaria Inferior/Superior: Ext. 221 or 225

Gracias,
El Departamento de Enfermería
The Learning Center for the Deaf

Permiso de Medicamentos para Estudiantes: 2020-2021

Por favor marque uno: Walden School o Marie Philip School

Apellido del Estudiante: Primer nombre: Segundo nombre:

La enfermera o su designado le da todos los medicamentos. Se necesita permiso por escrito de los padres/tutores y una orden médica para todos los medicamentos y para permitir la autoadministración de medicamentos.

Por favor enumere todos los medicamentos que se toman actualmente en la escuela y en casa. Incluya medicamentos con y sin receta:

Medicamento:	Razón(es) por la que el niño toma medicamentos:

Doy permiso a la enfermera de la escuela o al personal designado por la enfermera de la escuela para que le administre los medicamentos prescritos mencionados anteriormente.

Doy permiso a la enfermera de la escuela para compartir con el personal de la escuela información relativa a la medicina prescrita según se determine necesaria para la salud y la seguridad de mi hijo.

Firma de Padre/Tutor: _____

Fecha: _____

Firma de Estudiante (Si es mayor de 18): _____

Fecha: _____

En una emergencia de medicación, el padre/tutor y el prescriptor autorizado serán notificados.

Nota: Los padres/tutores pueden recuperar la medicación de la escuela en cualquier momento. Medicamentos no recogidos dentro de 1 semana después de la terminación



de la orden o 1 semana después del cierre de la escuela se destruirá a menos que se hayan hecho planes alternativos.

Auto Administración de Medicamentos: 2020-2021

Por favor marque uno: Walden School o Marie Philip School

La política de la Escuela Marie Philip y Walden no permite a los estudiantes llevar medicación oral personal con ellos o a la medicación autoadministrada.

Se pueden hacer excepciones para los estudiantes con asma que llevan un inhalador, para los estudiantes que llevan una epinefrina o para los estudiantes con otras necesidades especiales.

La siguiente documentación para la autoadministración se requiere dos semanas antes del primer día de escuela:

- Una orden escrita del médico para el medicamento.
- Permiso escrito de padre/tutor para que el estudiante se autoadministre el medicamento específico.
- El estudiante debe demostrar la capacidad de seguir el procedimiento de autoadministración.
- El estudiante debe ser competente para mantener una cantidad suficiente de medicamentos con ellos en la escuela y en excursiones y/ o eventos deportivos.

Por favor, no dude en comunicarse con el departamento de enfermería si tiene alguna pregunta.

Yo doy permiso para que mi hijo se administre por si mismo(a):

- Inhalador de Asma
- Epi-pen/Epinefrina
- Otro: Necesidad Especial: _____
-

Apellido del Estudiante:
Segundo nombre:

Nombre:

Firma de Padre/Tutor: _____

Fecha: _____