



## *Lista de comprobación de lo que necesita inscribir a su hijo*

### **FORMAS DE COMPLETAR Y DEVOLVER:**

#### *LOS FORMULARIOS DE INSCRIPCIÓN:*

- ☐ Inscripción / Formulario Médico de Emergencia (2 caras)
- ☐ Solicitud de registros escolares
- ☐ Encuesta de Idioma Domestico
- ☐ Servicios de Tecnología de la Forma
- ☐ petición de restringir Privacidad de la Información

#### *FORMAS DE SALUD:*

- ☐ Salud Record Historia por el Padre (4 páginas)
- ☐ Tuberculosis Cuestionario
- ☐ Médico de Evaluación de Salud (2 caras)
- ☐ dentista Evaluación de la Salud

### **DOCUMENTOS QUE LA OFERTA:** *(Vamos a hacer copias)*

- ☐ Certificado de nacimiento (copia certificada)  
Esto es necesario para que su hijo puede sea inscrito.
- ☐ Padre/Tutor Foto ID
- ☐ Registro de vacunas
- ☐ Papeles de Custodia  
Esto es necesario para que un niño cuyos padres / tutores tienen alguna legal situación que afecta al niño.
- ☐ IEP / ETR / MFE documentos (si es aplicable)
- ☐ Prueba de Residencia (Debe aportar uno de los siguientes)

#### **\*\* Debe estar en el NOMBRE DEL PADRE/TUTOR \*\***

- ☐ Hipoteca declaración
- ☐ Contrato de Arrendamiento (firmado por ambas partes)
- ☐ Utilidad Bill: Duke Energy o Bill Norwood Agua  
Sin facturas telefónicas o de cable aceptados
- ☐ Declaración de Impuesto sobre la Propiedad
- ☐ Declaración jurada notariada de Residencia (completado por Dueño de Propiedad)  
Propiedad de bienes inmuebles se verificará antes de Declaración jurada será aceptada.

***Su hijo no será inscrito hasta que **TODO** lo anterior documentos y formularios estén completos.***

Programación se llevará a cabo en la escuela asignada al día siguiente de la inscripción. Ningún estudiante podrá iniciar / comenzar las clases al menos 24 horas después de la inscripción ha finalizado. escuela diurna.

SOLO PARA USO OFICIAL

ID# \_\_\_\_\_

School \_\_\_\_\_



# DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD NORWOOD

## La Matriculación del Año Escolar 2017-18

Nombre del alumno \_\_\_\_\_ Gendero: ☐ Masculino ☐ Femenina  
(Actualizado) (Primera) (Medio)

La Direccion del alumno \_\_\_\_\_  
(Direccion/Apt.) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

El telefono de la casa del alumno \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_  
(Opcional)

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ La ultima nivel de escuela \_\_\_\_\_  
(Mes) (Dia) (Año)

¿El niño nunca participó en educación especial o tenía un IEP? ☐ Sí ☐ No

¿Ha niño nunca se ha matriculado en una escuela de Norwood o preescolar? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, indicar: Grado \_\_\_\_\_ Asistio a la escuela \_\_\_\_\_

**Si transferir a Norwood, ¿cuál es el nombre, distrito y número de teléfono de la última escuela atendió?**

\_\_\_\_\_  
(Nombre de la Escuela) (DistritoEscuela) (Telefono)

¿Es su hijo de origen Hispano/Latino? ☐ Sí ☐ No

**La raíz del alumno - Círculo uno o más para indicar lo que personalmente considera su hijo:**

W - Blanca B - Negro o Afroamericanos A - Asiático

P - Nativo Hawaiano o Otros Isleños del Pacífico I - Indio Americano o Nativo de Alaska

Lengua materna (1\*idioma) \_\_\_\_\_ Idioma del hogar \_\_\_\_\_

Nombre del Padre \_\_\_\_\_ \* Sí, la custodia aplicables status \_\_\_\_\_  
(Actualizado) (Primera) (Medio)

Estalo Civil del Padre \_\_\_\_\_ M - Casado D - Divorciado J - Custodia Compartida

S - Separado U - Soltero P - Custodia a la espera

El estudiante vive con el Padre ☐ Sí ☐ No P - Fallecidos W - Viudo N - No Custodia

Nombre del Madre \_\_\_\_\_ \* Sí, la custodia aplicables status \_\_\_\_\_  
(Actualizado) (Primera) (Medio)

Estalo Civil de la Madre \_\_\_\_\_ M - Casado D - Divorciado J - Custodia Compartida

S - Separado U - Soltero P - Custodia a la espera

El estudiante vive con la Madre ☐ Sí ☐ No P - Fallecidos W - Viudo N - No Custodia

Si los padres mencionados no tienen custodia, sírvase indicar a tutor Legal \_\_\_\_\_  
(Actualizado) (Primera) (Medio)

¿Es el estudiante en una acogida o colocación de corte? ☐ Sí ☐ No

Otros niños que viven en el hogar: Nombre \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que completar este formulario \_\_\_\_\_  
(Actualizado) (Primera)

Relacion con el estudiante \_\_\_\_\_ El correo electronico \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Es responsabilidad del padre/tutor para informar a la escuela del niño de los cambios en la información contenida en este formulario. Información INACCURATE o INCOMPLETA puede dar lugar a su hijo siendo retirado de escuelas de la ciudad de Norwood. \* Prueba de custodia, prueba de residencia, registro de vacunación y certificado de nacimiento del niño deberá presentarse en el momento de la inscripción. Si debe cambiar la custodia de su hijo, documentos de la Corte deben proporcionarse a la escuela de su hijo.



# DISTRITO ESCUELAR DE LA CIUDAD NORWOOD

## USO DE TECNOLOGÍA

Queridos Padres,

El objetivo de esta carta es explicar como su niño usará el correo electrónico, la red de la escuela, y el World Wide Web.

Por favor examine este material con su niño y firme la Aplicación de Estudiante adjunta para Servicios de Tecnología de la Autorización Médica de Emergencia (Acuerdo Monetario Europeo) forma. Su niño no será capaz de tener acceso a nuestra red, correo electrónico, o el World Wide Web sin su firma que permite él/su tener una cuenta de red. Una vez que un estudiante ha devuelto la Aplicación de Estudiante para la forma de Servicios de Tecnología, su/su correo electrónico y cuenta de red pueden ser establecidos.

**Correo electrónico:** los Estudiantes se comunicarán con estudiantes en otro país, en un distrito escolar local, y su propio profesor o administradores. A cada estudiante en cada grado (Jardín de infantes a 12o) le permiten tener su/su propia cuenta de correo electrónico personal. Las cuentas de correo electrónico de estudiante son válidas para el año escolar y pueden ser tenidas acceso usando cualquier navegador de web.

**Red:** Cada computadora está relacionada con nuestra red escolar. Toda la computadora

Red: Cada computadora está relacionada con nuestra red escolar. Todas las computadoras en el distrito de Escuela de Norwood City requieren que un estudiante se conecte la utilización de un username y una contraseña. Este permite que el acceso de estudiantes a servidores escolares almacene documentos o recupere documentos. Esta cuenta es mandada a en los documentos adjuntos como una cuenta de red.

**World Wide Web:** el Distrito tiene varios recursos para la investigación disponible sólo por el acceso de web. Todos los estudiantes usarán el Internet en sus aulas y la biblioteca. Nuestro abastecedor de Internet tiene un cortafuego para bloquear la mayoría de los sitios inadecuados. Nuestra formación instruye a estudiantes de notificar a empleados si un sitio contiene el material inadecuado. Si un estudiante relata el descubrimiento de un sitio inadecuado, nuestro abastecedor de Internet lo bloqueará.

### **POLÍTICA DE TECNOLOGÍA DE DISTRITO DE ESCUELA DE CIUDAD DE NORWOOD**

La red, el correo electrónico y el acceso de Internet son proporcionados como instrumentos para objetivos educativos. El distrito reserva el derecho de supervisar, inspeccionar, copiar, examinar, y almacenar en cualquier momento sin el aviso previo alguno y todo el uso de la cuenta de red, la cuenta de correo electrónico y acceso de Internet y alguno y toda la información transmitida o recibida en relación a tal uso. Todos los archivos de información serán y permanecerán la propiedad del Distrito y ningún usuario tendrá cualquier expectativa de la intimidad en cuanto a tales materiales.

El Distrito no hace ningunas garantías de cualquier clase, expresada o implicada, en relación a esta provisión de acceso a y uso de su red/Internet y correo electrónico bajo esta política. El Distrito no será responsable de ninguna reclamación, pérdidas, daños, o gastos (incluso los honorarios del abogado) de ninguna clase sufrida, directamente o indirectamente, por ningún usuario o su padre (s) o guarda (s) que proviene del uso del usuario de la red/Internet del distrito o enviará por correo electrónico bajo esta política. Los usuarios y/o su padre (s) o el guarda (s) toman la responsabilidad plena del uso y consienten en indemnizar y sostener el distrito y todos los administradores, profesores, y personal inocuo de alguno y toda la pérdida, gastos, reclamaciones, o daños que resultan del acceso del usuario a la red/Internet y/o correo electrónico, incluso, pero no limitados con, cualquier honorario o gastos incurridos por la compra de bienes o servicios por el usuario. El usuario o si el usuario es un menor, el padre (s) del usuario o el guarda (s) consiente en cooperar con el Distrito tal como resultó después el Distrito inicia una investigación de padre (s) de un usuario o guarda (s), consentir en cooperar con el Distrito tal como resultó después el Distrito inicia una investigación del uso de un usuario de su acceso a la red y/o cuenta de correo electrónico o el Internet, o una computadora fuera de la red de distrito.

**POR FAVOR COMPLETE LOS SERVICIOS DE TECNOLOGÍA Y CUENTA DE ESTUDIANTE  
APLICACIÓN EN FORMA DE AUTORIZACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA.**



# Emergencia Médica Formulario de Autorización 2017-18 Año Escolar

O.R.C.3313.712

El propósito de esta forma es que los padres o tutores autorizar el suministro de tratamiento médico de emergencia para un niño que se convierte en enfermo o lesionado mientras bajo autoridad de la escuela cuando no se llega a los padres o tutores.

Nombre del alumno \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

## CONTACTOS DE EMERGENCIA

Una lista en orden de cómo contactos deben hacerse en el caso de una emergencia, disciplina, asistencia, etc. Por favor padres usted incluyan en la lista de contactos de emergencias. (Incluye números de todo contacto entre ellos un número de trabajo).

### PADRE/MADRE/TUTOR

Nombre \_\_\_\_\_  
Relacion \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_  
Durante el día: Casa / Celular / Trabajo \_\_\_\_\_  
Segundo Telefono#: casa/celular \_\_\_\_\_  
Lugar de trabajo \_\_\_\_\_

### SEGUNDO CONTACTO

Nombre \_\_\_\_\_  
Relacion \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_  
Durante el día: Casa / Celular / Trabajo \_\_\_\_\_  
Segundo Telefono#: casa/celular \_\_\_\_\_  
Lugar de trabajo \_\_\_\_\_

### TERCERO CONTACTO

Nombre \_\_\_\_\_  
Relacion \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_  
Durante el día: Casa / Celular / Trabajo \_\_\_\_\_  
Segundo Telefono#: casa/celular \_\_\_\_\_  
Lugar de trabajo \_\_\_\_\_

### PONGASE EN CONTACTO CON CUARTO

Nombre \_\_\_\_\_  
Relacion \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_  
Durante el día: Casa / Celular / Trabajo \_\_\_\_\_  
Segundo Telefono#: casa/celular \_\_\_\_\_  
Lugar de trabajo \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN MÉDICO

### Parte 1 o 2 debe ser completado

#### Parte 1: A CONSENTIMIENTO DE GRANT

I queda dar su consentimiento para los siguientes proveedores de atención médica y el hospital local a llamarse:

Médico \_\_\_\_\_  
Dentista \_\_\_\_\_  
Especialista Médico \_\_\_\_\_  
Hospital Local \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_  
Seguro \_\_\_\_\_

*En el caso de intentos razonables para contactar conmigo no han tenido éxito, por la presente doy mi consentimiento para: (1) la administración de cualquier tratamiento necesario por el anterior llamado doctor o por otra licencia médico u odontólogo (siempre el médico designado o dentista no está disponible); y (2) traslado del niño a cualquier hospital razonablemente accesible.*

*La autorización no cubre cirugía mayor a menos que se obtienen las opiniones médicas de dos otros licenciados médicos o dentistas, coincidiendo en la necesidad de esa cirugía, antes de la realización de dicha cirugía.*

*Hechos relativos a la historia clínica del niño, incluyendo alergias, medicamentos que está tomados y cualquier discapacidad física que un médico debe ser alertado.*

Esta información puede compartirse con personal de la escuela, si es pertinente a la salud de mi hijo, seguridad, progreso educativo y manejo conductual.

Firma: Padre/Madre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

#### Parte 2: A NO CONCEDER AUTORIZACIÓN

Que no dan su consentimiento para el tratamiento médico de emergencia para mi hijo.

En caso de enfermedad, o en caso de enfermedad o lesión que requiere tratamiento de emergencia, deseo las autoridades escolares tomar las siguientes medidas

Firma: Padre/Madre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## PERMISO PARA VIAJES DE CAMPO

De esta forma sirve para obtener permiso de padres para que su niño/nios puedan participar en viajes de campo de la Junta de educación. Este permiso será para todo el año escolar. El profesor de aula será responsable de notificar a los padres antes que todos los viajes de campo.

Permiso para mi hijo \_\_\_\_\_ ir a viajes de campo bajo la supervisión de un miembro del personal profesional escuela de Norwood. Se notificará a los padres antes que todos los viajes de campo durante el año escolar 2017-18

Firma: Padre/Madre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## APLICACIÓN DE ESTUDIANTE PARA SERVICIOS DE TECNOLOGÍA

Yo doy mi permiso para emitir un correo electrónico y cuenta de la red para que mi hijo y certifico que la información contenida en este formulario es correcta. Entiendo que la cuenta de correo electrónico se puede acceder desde cualquier navegador web.

Firma: Padre/Madre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## SOLICITUD DE CUENTA DEL ESTUDIANTE PARA EL USO DE LAS REDES Y CORREO ELECTRÓNICO

He leído el Uso Aceptable de la Red y Directivas de correo electrónico y me comprometo a respetar sus disposiciones. Entiendo que la violación de las disposiciones de uso establecidas en la política puede constituir la suspensión o la revocación de los privilegios de la red, así como la disciplina de acuerdo con el código de conducta estudiantil.

**\*\* LOS ESTUDIANTES EN GRADOS 3 -12 DEBE SER RESPONSABLE DE FIRMAR ESTE FORMULARIO PARA SI MISMOS. \*\* PIERDE SI FIRMA DE LOS PADRES DE ABAJO**

Firma del Estudiante \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



# NORWOOD CITY SCHOOL DISTRICT

## ENCUESTA DE IDIOMA DOMESTICO

**ESPAÑOL**

Fecha \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Nombre del menor \_\_\_\_\_  
Primer nombre Segundo nombre ApellidoNombre del padre o apoderado \_\_\_\_\_  
Primer nombre Segundo nombre ApellidoDirección \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postalNúmero de teléfono \_\_\_\_\_  
Hogar Celda Trabajo Otro

1. Fecha del nacimiento de menor:

¿Nació su hijo/a en Estados Unidos?

☐ Sí ☐ No Mes / Día / Año

De ser así, ¿en qué estado?

De no ser así, ¿en qué país?

Si no, fecha en que el menor ingresó a Estados Unidos:

Mes / Día / Año

2. ¿Ha asistido su hijo/a a alguna escuela de Estados Unidos durante tres (3) años cualesquiera de su vida?

☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es afirmativa, indique el nombre de la escuela (o escuelas), estado, y fechas asistencia:

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Fechas de asistencia \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Fechas de asistencia \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Fechas de asistencia \_\_\_\_\_

3. ¿Cuál es el idioma que se habla con más frecuencia en el hogar?

4. Si hay a disposición, ¿en qué idioma la gustaría recibir la comunicación de la escuela?

5. Marque si su hijo(a) es:

☐ Indio Americano nativo☐ Nativo de las islas del Pacífico☐ Nativo de Alaska☐ Nativo de las Islas Virgenes de EE.UU.

6. ¿Es el idioma primero de su hijo(a) o el que se habla en el hogar distinto al inglés?
- ☐
- Sí
- ☐
- No

**Si su respuesta a la pregunta 6 es "Sí", responda las siguientes preguntas:**

7. ¿En qué país vivió su hijo/a mas recientemente?

8. ¿Qué idioma aprendió su hijo(a) cuando recién comenzó a hablar?

9. ¿Qué idioma habla en casa su hijo(a) con más frecuencia?

10. ¿En qué idioma le habla con más frecuencia a su hijo(a)?

Padre: \_\_\_\_\_

Madre: \_\_\_\_\_

11. Describa el idioma
- que su hijo(a) entiende
- . (Marque sólo uno)

☐ Entiende solamente el idioma del hogar y no inglés.☐ Entiende mayormente el idioma del hogar y algo de inglés.☐ Entiende el idioma del hogar y el ingles por igual.☐ Entiende inglés mayormente y algo del idioma del hogar.☐ Entiende inglés solamente.

Firma del padre o tutor

Fecha

Student ID#

OFFICE USE ONLY

Date Distributed

Date Received



## Solicitud para Restringir Privacidad de la Información

Difusión pública de información de los estudiantes está limitado por Ohio y la Ley General de Información del Directorio. Esto incluye el nombre, dirección, número de teléfono, fecha y lugar de nacimiento, área principal de estudio, participación en actividades y deportes oficialmente reconocidos, peso y altura de miembros de equipos atléticos, fechas de asistencia, la fecha de graduación y premios recibidos.

Los padres, tutores legales o estudiantes de 18 años de edad tienen la capacidad de controlar la liberación de la información del directorio. Por favor, indique si desea restringir Escuelas Norwood Ciudad de la liberación de la información del directorio para: Parents, legal guardian or students 18 years of age have the ability to control the release of Directory Information. Please indicate if you wish to restrict Norwood City Schools from releasing Directory Information for:

ESTUDIANTE: Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Eschola \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
Mes Año Fecha

### RECLUTADORES MILITARES

- ☐ **SÍ** – Norwood Escuelas de la Ciudad **SE PERMITIDO** entregar información de directorio a los reclutadores militares.
- ☐ **NO** – Norwood Escuelas de la Ciudad **NO ESTÁ AUTORIZADO** a divulgar información de directorio a los reclutadores militares.

### COMUNICADO PÚBLICO EN GENERAL *(Esto incluye a los empleadores potenciales, colegios, universidades, medios de comunicación, etc)*

- ☐ **SÍ** – Norwood Escuelas de la Ciudad **SE PERMITIDO** divulgue la información a los posibles empleadores, colegios, universidades y otras entidades elegibles.
- ☐ **NO** – Norwood Escuelas de la Ciudad **NO ESTÁ AUTORIZADO** divulgue la información a los posibles empleadores, colegios, universidades y otras entidades elegibles.

### OPORTUNIDAD DE VIDEO/FOTO *(Esto NO incluye los anuarios escolares.)*

Las Escuelas de la Ciudad de Norwood se sienten orgullosos de nuestros programas y extra-curriculares que ofrece oportunidades a los estudiantes. En ocasiones, la participación de los estudiantes en una actividad de la escuela puede proporcionar una oportunidad para tomar fotos para los medios de comunicación locales o para las propias publicaciones del distrito escolar. Las Escuelas de la Ciudad de Norwood asumirá su hijo puede ser presentado en cualquier publicidad del distrito, a menos que oír de usted. Esto puede incluir periódicos, televisión, boletines y la página web del distrito y la salida de otros medios adecuados.

- ☐ **SÍ** – Norwood Escuelas de la Ciudad **SE PERMITIDO** a la fotografía, entrevistado, o de otra manera tienen este estudiante en cualquier publicación distrito, sitio web o de otros medios de comunicación.
- ☐ **NO** – Norwood Escuelas de la Ciudad **NO ESTÁ AUTORIZADO** a la fotografía, entrevistado, o de otra manera tienen este estudiante en cualquier publicación distrito, sitio web o de otros medios de comunicación.

### POR FAVOR REVISAR Y COMPLETAR:

- ☐ Soy estudiante y tengo 18 años de edad o más
- ☐ Yo soy el padre, tutor o custodio del estudiante y el estudiante es menor de 18 años de edad
- Nombre (Por favor imprima) \_\_\_\_\_
- Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Los padres / estudiantes elegibles que creen que sus derechos bajo los Derechos de Educación Federal y Ley de Privacidad (FERPA) han sido violados, puede presentar una queja en: [www.ed.gov/office/POM/fpco](http://www.ed.gov/office/POM/fpco) o en la dirección de correo:

Family Policy Compliance Office  
U.S. Department of Education  
400 Maryland Avenue, SW  
Washington, D.C. 20202-4605

Consultas informales pueden ser enviadas a la Oficina de Family Policy Compliance en [FERPA@Ed.Gov](mailto:FERPA@Ed.Gov)

Querido Padre/Guarda de estudiantes de Norwood,

Las exigencias de inmunización obligatorias para la asistencia escolar (Jardín de infantes por el 12o grado) son determinadas por el estado de Ohio como puesto adelante en el Ohio Código Revisado. Los estudiantes deben tener la documentación de inmunizaciones suficientes sobre el registro.

Las inmunizaciones requeridas 2017-18 año escolar son como sigue:

- Todos los estudiantes de grado de K-12th debe haber recibido la Hepatitis B serie de Vacuna. Se requiere mínimo de tres dosis.
- Todos los estudiantes de grado de K-12th debe haber recibido dos dosis de MMR (sarampión, paperas, y sarampión).
- Todos los estudiantes de Jardín de infancia debe tener mínimo de 5 DTaPs. Los grados 7-11 deben haber tenido una dosis adicional de la vacuna Tdap administrada antes de la entrada en la escuela.
- Todos los estudiantes de Jardín de infancia debe haber tenido una 4a vacuna de polio si ellos recibieran una combinación de OPV e IPV. No se requiere que estudiantes que recibieron todo OPV o todo IPV y recibieron la tercera dosis en o después del cuarto cumpleaños, tengan la 4a vacuna.
- Todos los estudiantes (PK-12th) que son de, o han viajado a, un país de riesgo alto para la Tuberculosis, DEBE tener una tuberculosis (TB) prueba de piel sobre el registro.
- Todos los estudiantes de grado de K-5th debe haber tenido 2 dosis de la vacuna varicella; clasifica 5o 9o debe hacer administrar una dosis después del primer cumpleaños.

Las clínicas de inmunización son rutinariamente sostenidas el 2o y 4o lunes por la tarde de cada mes, 2-4pm, en el Departamento de Norwood Health. Otros tiempos y fechas están disponibles sobre la petición. Los gastos son mínimos. El CareSource es aceptado como el pago para inmunizaciones.

Las partidas de nacimiento son requeridas para la inscripción escolar. Las partidas de nacimiento de Ohio están disponibles en el Departamento de Norwood Health para 25 dólares. Para la información adicional acerca de inmunizaciones/partidas de nacimiento, por favor llame el Departamento de Norwood Health en 458-4600.

Gracias por su consideración en esta cuestión de salud importante.

Respetuosamente,

*Kathy Strasser, RN*

Enfermera de Escuela de Distrito



## **HISTORIA DE SALUD DE ESTUDIANTE** *Ser Llenado por el Padre/Guarda*

Fecha \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_  
Grado \_\_\_\_\_

El Nombre del Niño:		<input type="checkbox"/> Macho	Edad:	Fecha de Nacimiento:
		<input type="checkbox"/> Hembra		
<input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Americano africano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Americano asiático <input type="checkbox"/> Otro				
Padre/Guarda				
Dirección				
Teléfono		Trabajo:		Célula:

### **Información de Seguros**

- ☐ Ningún seguro médico
- ☐ Cobertura médica (Seguro de enfermedad, Principio Sano, Familias Sanas)
- ☐ SSI/Disability
- ☐ Plan de Seguros privado
- ¿Incluye este plan la cobertura de salud mental? Sí \_\_\_\_\_ Ningún \_\_\_\_\_
- ☐ Plan de Seguros dental

### **Estudiante de Lugar Recibe Cuidado Médico/dental**

- ☐ Ningún doctor regular
  - ☐ Ningún dentista regular
  - ☐ Departamento de Emergencia
  - ☐ Doctor/Clínica
- Último Examen Físico \_\_\_\_\_  
Último Examen Dental \_\_\_\_\_  
Último Examen de Ojo \_\_\_\_\_

Mes/Año

Nombre de Doctor/Clínica \_\_\_\_\_  
Teléfono de Doctor/Clínica \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Zipcode

Nombre de Dentista/Clínica \_\_\_\_\_  
Teléfono de Dentista/Clínica \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Zipcode

### **Historia de Servicio Social**

Marque la caja si usted tiene el contacto con cualquiera de las agencias siguientes

- ☐ Niño Servicios Protectores
- ☐ Servicios de Orientación de familia
- ☐ Otro
- ☐ Sistema de Tribunal/Legal
- ☐ Abastecedor de Salud mental
- ☐ Ninguno



## Historia de Familia

Por favor ponga en una lista en general el nombre de los miembros de familia de todo el niño incluso padres y hermanos.

Nombre	Fecha de nacimiento	M/F	Preocupaciones de salud	¿La asistencia qué escuela?
1				
2				
3				
4				
5				

## Historia Perinatal

¿Tenía la madre alguna enfermedad física o emocional extraña durante el embarazo?  
☐ Sí ☐ No Si Sí, explique brevemente.

¿Qué edad tenía la madre cuando el niño nació? \_\_\_\_\_ ¿Peso de Nacimiento?  
 Era el niño nacido: ☐ término Lleno ☐ Temprano ☐ Tarde \_\_\_\_\_lb. \_\_\_\_\_oz

¿Tenía el niño alguna enfermedad o problemas? ☐ Sí ☐ No  
 Si Sí, explique brevemente.

## Historia del Desarrollo

Por favor dé la edad aproximada en cual este niño:  
 Andado solo \_\_\_\_\_ Habló en la oración \_\_\_\_\_  
 Servicios se entrenaron \_\_\_\_\_ Vestido mí \_\_\_\_\_

¿Cómo se compara el desarrollo de su niño con otros niños, (hermanos/hermanas/amigos)?  
☐ Sobre el mismo ☐ Retrasado ☐ Avanzado

## Alergias

Por favor ponga en una lista y describa alergias o reacciones.

Medicaciones/medicinas

Alimento/plantas/animales

El tratamiento recomendado si la alergia es severa

## Heridas, Enfermedades y Hospitalizaciones

Por favor ponga cualquier herida severa en una lista, enfermedades o hospitalizaciones incluso paciente hospitalizado y procedimientos quirúrgicos de consulta externa.

Heridas / Enfermedad / Hospitalización	Fecha	Edad	De ser hospitalizado, por favor explique

## Información de Medicación

Por favor describa cualquier medicación, prescrita o sobre el contador, que su niño toma diariamente o con frecuencia

Nombre de Medicación	¿Para qué es tomada la medicación?	¿Con qué frecuencia tomado?	¿A qué hora tomado?

## Condiciones de Salud

Por favor compruebe cualquier condición médica que el niño actualmente tiene o ha tenido en el pasado

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Curvatura espinal anormal (Escoliosis)                | <input type="checkbox"/> Hepatitis                              |
| <input type="checkbox"/> Alergias/fiebre del heno                              | <input type="checkbox"/> HIV positivo                           |
| <input type="checkbox"/> Alérgico a: _____                                     | <input type="checkbox"/> Hiperactividad                         |
| <input type="checkbox"/> Anemia  | <input type="checkbox"/> Reemplazo de unión/válvula             |
| <input type="checkbox"/> Reacción anafiláctica                                 | <input type="checkbox"/> Artritis Juvenil                       |
| <input type="checkbox"/> Asma o resuello                                       | <input type="checkbox"/> Enfermedad de riñón                    |
| <input type="checkbox"/> El desorden de déficit de atención (AÑADE) tipo _____ | <input type="checkbox"/> Exposición de plomo                    |
| <input type="checkbox"/> Problema de comportamiento                            | <input type="checkbox"/> Sarampión (10 día)                     |
| <input type="checkbox"/> Nacimiento o malformación Congénita                   | <input type="checkbox"/> Meningitis o Encefalitis               |
| <input type="checkbox"/> Cáncer tipo _____                                     | <input type="checkbox"/> Paperas                                |
| <input type="checkbox"/> Varicela cuando _____                                 | <input type="checkbox"/> Mutism                                 |
| <input type="checkbox"/> Diarrea crónica o estreñimiento                       | <input type="checkbox"/> Cerca ahogamiento / asfixia            |
| <input type="checkbox"/> Infecciones de oído crónicas                          | <input type="checkbox"/> Contracciones nerviosas o tics         |
| <input type="checkbox"/> Preocupación por relación con hermanos de amigos      | <input type="checkbox"/> Pulmonía                               |
| <input type="checkbox"/> Fibrosis de Cystic                                    | <input type="checkbox"/> Envenenamiento                         |
| <input type="checkbox"/> Diabetes  | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática                       |
| <input type="checkbox"/> Eczema / condiciones de piel Crónicas                 | <input type="checkbox"/> Desorden/Epilepsia de asimiento        |
| <input type="checkbox"/> Problemas emocionales                                 | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Célula de Sickle         |
| <input type="checkbox"/> Problemas de ojo, visión pobre                        | <input type="checkbox"/> Dificultades de discurso               |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes / Migrañas               | <input type="checkbox"/> Taburete Manchar                       |
| <input type="checkbox"/> Dolores de garganta frecuentes                        | <input type="checkbox"/> Dolores de muelas o problemas dentales |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca tipo _____                        | <input type="checkbox"/> Infecciones de extensión urinarias     |
| <input type="checkbox"/> Audiencia de pérdida                                  | <input type="checkbox"/> Wetting durante el día o noche         |
| <input type="checkbox"/> Otro _____  |   |

## Historia Behaviorística

El niño es por lo general: ☐ Muy activo ☐ Normalmente activo ☐ Bastante inactivo

¿Ha estado violento alguna vez su niño o ha representado en la manera siguiente hacia adultos o niños?

☐ Golpeadura ☐ Dar una patada ☐ Cortante ☐ Enfrentamientos ☐ Rasguñar

¿Tiene usted alguna preocupación por cómo su niño se pone junto con otros niños?

☐ Sí ☐ No Si sí, por favor explique \_\_\_\_\_

Por favor añada cualquier comentario o preocupaciones que usted tiene sobre salud de su niño, desarrollo, comportamiento, familia, o vida de casa de la cual le gustaría la escuela ser consciente

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Es matriculado este estudiante en el curso de educación especial?

☐ Sí ☐ No

## 2017-18 Año Escolar

**Para entrar en el JARDÍN DE INFANCIA, el niño debe tener**

:

**5 DPT -- 4 Polio -- 3 HBV -- 3 or 4 Hib --2 MMR -- 2 Varicella**

**Pruebas de la inmunización deben ser recibidas sobre el registro para la Escuela.**

Firma de Padre/Guarda \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## **2017-18 AÑO ESCOLAR**

**Re: Tuberculosis**

### **TODOS LOS NUEVOS ESTUDIANTES DE ESCUELAS DE CIUDAD DE NORWOOD:**

Eficaz el 09/01/2008, Ohio Código Administrativo, OAD 3701-15-04, en cuanto a pruebas de Tuberculin y examen para escuelas, fue rescindido. Basado en informes publicados en la literatura médica, datos de vigilancia de CDC y las recomendaciones del Consejo Consultivo para la Eliminación de Tuberculosis (ACET), Hamilton County el Programa de Control de TB recomienda que sólo individuos en ciertas poblaciones de riesgo altas recibidas protegiendo para TB.

Se requiere que cada distrito escolar tenga una política para TB proyección basado sobre el frecuencia y el predominio de TB en la comunidad local así como los factores de riesgo demográficos y/o médicos de la población de estudiante/empleado.

En años anteriores, las Escuelas de Norwood City requirieron que cada nuevo empleado al distrito y todos los estudiantes desde fuera de los Estados Unidos continentales tuviera una prueba de piel TB dentro de 90 días antes del primer día de la escuela.

Comenzando con el 2009-10 año escolar, de acuerdo con las nuevas recomendaciones, el distrito de Escuela de Norwood City requiere que todos los estudiantes/personal hagan que una piel TB probara sólo si ellos se caen en la categoría siguiente:

1. Cualquier persona nacida en el extranjero, incluso niños, recientemente llegó (dentro de 5 años) de países que tienen un precio alto de TB (ver la lista atada);
2. Cualquier viajero no turístico a países con un precio más alto de TB, (ver la lista atada)

**Por favor llene y firme el cuestionario adjunto y la vuelta con el registro de su niño.**

Gracias por su atención de plazo límite a esta preocupación de salud de comunidad.

Respetuosamente,

*Kathy Strasser, RN*

Enfermera de Escuela de Distrito

Países con unos precios altos de tuberculosis (TB) \*

Afghanistan	DR Congo	Mali	Sao Tome and Principe
Algeria	Ecuador	Marshall Islands	Saudi Arabia
Angola	El Salvador	Mauritania	Senegal
Argentina	Equatorial Guinea	Mauritius	Seychelles
Armenia	Eritrea	Mexico **	Sierra Leone
Azerbaijan	Ethiopia	Micronesia	Solomon Islands
Bangladesh	Gabon	Mongolia	Somalia
Belarus	Gambia	Morocco	South Africa
Belize	Georgia	Mozambique	Sri Lanka
Benin	Ghana	Myanmar	Sudan
Bhutan	Guam	Namibia	Suriname
Bolivia	Guatemala	Nauru	Swaziland
Bosnia & Herzegovina	Guinea	Nepal	Tajikistan
Botswana	Guinea-Bissau	Nicaragua	Thailand
Brazil	Guyana	Niger	Togo
Brunei Darussalam	Haiti	Nigeria	Turkmenistan
Burkina Faso	Honduras	Niue	Tuvalu
Burundi	India	Northern Mariana Island	Uganda
Cambodia	Indonesia	Pakistan	Ukraine
Cameroon	Iraq	Palau	UR Tanzania
Cape Verde	Kazakhstan	Papua New Guinea	Uzbekistan
Central African Republic	Kenya	Paraguay	Vanuatu
Chad	Kiribati	Peru	Viet Nam
China	Kyrgyzstan	Philippines	Wallis & Futuna
China, Hong Kong SAR	Lao PDR	Qatar	Yemen
China, Macao SAR	Latvia	Rep. of Korea	Zambia
Colombia **	Lesotho	Poland **	Zimbabwe
Comoros	Liberia	Portugal **	Yemen
Congo	Lithuania	Rep. Korea	Zambia
Côte d'Ivoire	Madagascar	Republic of Moldova	Zimbabwe
Djibouti	Malawi	Romania	Zimbabwe
Dominican Republic	Malaysia	Russian Federation	Zambia
DPR Korea	Maldives	Rwanda	Zimbabwe

\* Organización Mundial de la Salud, Control de Tuberculosis Global: carga estimada de TB en 2005;  
[http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/2007/xls/global.xls](http://www.who.int/tb/publications/global_report/2007/xls/global.xls)

Countries with TB case rate of 50 or more per 100,000 people

\*\* Countries with TB case rate <50 per 100,000 but contribute to TB cases in the US

## **2017-18 SCHOOL YEAR**

### **NCS Tuberculosis que Protege Cuestionario para Estudiantes**

Para asegurar que el Distrito de Escuela de Norwood City es conforme a exigencias puestas por la Salud de Público de Hamilton County la Unidad de Control de TB y con la Ley de Ohio (ORCA 3313.71 y 3701.13), preguntamos que usted complete este cuestionario y lo devuelva a la escuela cuanto antes.

**Nombre de Estudiante** \_\_\_\_\_ **Grado** \_\_\_\_\_

1. ¿Fue nacido su niño en los Estados Unidos?  
\_\_\_\_ Sí (*Si usted contestara "sí" por favor sáltese a la pregunta el número 4*)  
\_\_\_\_ No
2. ¿Ha estado viviendo su niño en los Estados Unidos durante 5 años o menos?  
\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No
3. ¿Cuál es el país de su niño del nacimiento? \_\_\_\_\_
4. ¿Ha viajado su niño fuera de los Estados Unidos dentro del año pasado?  
\_\_\_\_ No (Por favor salte preguntas 5 a 7)  
\_\_\_\_ Sí (Si usted contestara "sí" usted debe contestar preguntas 5-7)
5. ¿A que país o países viajó él/ella? \_\_\_\_\_
6. ¿En que fecha volvió él/ella a los Estados Unidos? \_\_\_\_\_
7. ¿Viajó él/ella en una capacidad no turística durante al menos una semana? (La definición "de una capacidad no turística" se queda con la familia/amigos en una residencia privada, dedicando la mayor parte del tiempo de viajes en una casa o instalación donde los residentes del condado extranjero vivo, o un viaje de servicio/misión).  
\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

La enfermera escolar examinará la información que usted ha proporcionado según la política escolar basada en las pautas de Tuberculosis de la Unidad de Control de Tuberculosis de Salud de Público de Hamilton County. Si se requiere que su niño haga que un TB probara a la enfermera escolar se pondrá en contacto con usted cuanto antes. Ya que más información por favor póngase en contacto con la enfermera escolar en 924-2882.

**Por favor note:** Cualquier estudiante que viaja en cualquier momento a un país de riesgo alto, como definido por la Organización Mundial de la Salud Control de TB global (ver el revés), en una capacidad no turística, debe proporcionar pruebas documentadas de tener una prueba de piel negativa o el análisis de sangre en ningunos menos de 60 días, pero no más que 90 días después de su vuelta de viajes. Esto es la responsabilidad del padre de notificar la escuela de cualquier viaje al extranjero planeado o completado durante el año escolar.

***Entiendo que soy responsable y consiento en notificar a la enfermera escolar de cualquier viaje al extranjero planeado o completado durante cada año escolar.***

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Guarda

\_\_\_\_\_  
Fecha

### Ohio School History

Historia de Escuela de Ohio

### Physician Assessment

Evaluación de Médico

School: \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_

Enrolled: \_\_\_\_\_

Matriculada \_\_\_\_\_

Name(Firma): \_\_\_\_\_ Gender: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Ethnicity: ☐ Caucasian ☐ African American ☐ Hispanic ☐ Asian American ☐ Other

#### Objective Data:

Height: \_\_\_\_\_ Weight: \_\_\_\_\_ B.P.: \_\_\_\_\_

IMMUNIZATION						
Required for school entry						
TYPE	DATE: MO/DAY/YEAR					
DtaP, DPT or DT						5 <sup>th</sup> dose required if 4 <sup>th</sup> dose given before 4 <sup>th</sup> b-day for Kindergarten
DT/Td						Grades 1-12*: 3-4 doses of DtaP, DTP, DT or Td or any combination Grade 7-11: 1 dose of Tdap or Td prior to entry into 7 <sup>th</sup> grade
POLIO						K-5 students must have 3 or 4 doses of IPV, final dose on or after 4 <sup>th</sup> birthday; 4 doses if a combination of OPV/IPV. Grades 6-12 4 doses if combination IPV/OPV. 4 doses if all IPV/OPV & if the final dose was given before 4 <sup>th</sup> birthday
MMR						KG-12: 2 doses required for 2017-18
HEPATITIS B						PS-12: 3 doses required for 2017-18
VARICELLA						K-5 must have 2 doses for 2017-18 Gr. 6-8 must have 1 dose for 2017-18
HIB (prior to age 5 only)						0-14 months; 3-4 doses, 5-59 months; 1 dose
TUBERCULIN TEST						Required if traveled to high-risk area
ROTAVIRUS (given @ 2-4-6 mo. Not after 12 mos.)						
OTHER						

#### SCREENING TESTS

<b>Vision:</b> _____ <b>Date:</b> _____ Distance Acuity Right _____ Left _____ Muscle Balance <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail <input type="checkbox"/> Not Done Farsightedness <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail <input type="checkbox"/> Not Done Color <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail <input type="checkbox"/> Not Done Child Wears Glasses? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Tested With Glasses? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Referral Made? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Specify _____ Test/Equipment: _____	<b>Hearing:</b> _____ <b>Date:</b> _____ Pure Tone Testing: Right Ear <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail <input type="checkbox"/> Not Done Left Ear <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail <input type="checkbox"/> Not Done Child Wears Hearing Aid? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Testing With Hearing Aid? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Referral Made? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Other Test(specify): _____
<b>SPEECH ASSESSMENT</b> _____ <b>Date:</b> _____ <input type="checkbox"/> Child has no discernible speech problem <input type="checkbox"/> Child has possible problem with: <input type="checkbox"/> Articulation <input type="checkbox"/> Rhythm <input type="checkbox"/> Voice <input type="checkbox"/> Language Speech evaluation is recommended: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	



## LABORATORY TESTS

**\*\*ODH Lead Testing Requirement: ages 6-72 months**

☐ Hemoglobin/Hematocrit   ☐ Urine Protein   ☐ Urine Blood   ☐ Urine Glucose  
☐ \*\*BLL (Blood Lead Level): \_\_\_\_\_

## PHYSICAL EXAMINATION

**\*\*Kindergarten students must have a signed physician exam on file with the school within 30 days of admission. The exam must have been given within the year.**

Date of Examination: \_\_\_\_\_

- ☐ This child is essentially within normal limits  
☐ This child is not within normal limits

Explain: \_\_\_\_\_

Does this child have any physical, developmental or behavioral problems? Suggest special programs, placement or attention that the school can provide.  
\_\_\_\_\_

## ACTIVITIES & LIMITATIONS

Can the child participate fully in the following activities?

Classroom and academic activities   ☐ Yes   ☐ No  
Physical Education classes   ☐ Yes   ☐ No  
Competitive Athletics   ☐ Yes   ☐ No  
Contact & Collision Sports   ☐ Yes   ☐ No

Specify any limitations: \_\_\_\_\_

Is this child on any medications?   ☐ Yes   ☐ No

Explain: \_\_\_\_\_

Examiner's Signature: \_\_\_\_\_ Date signed: \_\_\_\_\_

Examiner's Printed Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_



## Ohio School History

Historia de Escuela de Ohio

### Dentist Assessment

Evaluación de Dentista

School: \_\_\_\_\_

Escuela

Enrolled: \_\_\_\_\_

Matriculada

## ORAL ASSESSMENT

Child's Name: \_\_\_\_\_ Gender: ☐ M or ☐ F Age: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Ethnicity:

☐ Caucasian ☐ African American ☐ Hispanic ☐ Asian American ☐ Other

The following services have been performed:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Examination by Dentist      | <input type="checkbox"/> Orthodontic Assessment | <input type="checkbox"/> Oral Screening              |
| <input type="checkbox"/> Dental Sealants             | <input type="checkbox"/> Radiographs            | <input type="checkbox"/> Fluoride Application        |
| <input type="checkbox"/> Oral Prophylaxis (cleaning) | <input type="checkbox"/> Diagnosis              | <input type="checkbox"/> Rx for fluoride supplements |

The following oral hygiene instruction was provided:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Brushing teeth | <input type="checkbox"/> Diet counseling related to dental health |
| <input type="checkbox"/> Flossing       | <input type="checkbox"/> Home/school use of fluoride mouth rinse  |

The following statements are applicable:

- ☐ No apparent care needed at this time.
- ☐ All necessary preventative services have been performed. (Fluoride treatment, prophylaxis)
- ☐ No restorative services are required at this time.
- ☐ Further treatment is indicated. (See comments)
- ☐ Further appointments have been arranged. (ex. Orthodontic, restorative)

Comments:

Examiner's Signature: \_\_\_\_\_ Date signed: \_\_\_\_\_

Examiner's Printed Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_

### ADMINISTRATION OF MEDICATION AT SCHOOL

#### ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN EN ESCUELA

School policy requires consent of the parent/legal guardian and written statement from the licensed prescriber before school personnel can give any **prescribed or over-the-counter** medication to a student. Please complete this form and return to the school office.

*La política escolar requiere el consentimiento del guarda paternal/legal y declaración escrita de prescriber autorizado antes de que el personal escolar pueda dar cualquier medicación prescrita o sin receta médica a un estudiante. Por favor complete esta forma y vuelva a la oficina escolar.*

NAME OF STUDENT: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ GRADE: \_\_\_\_ HR: \_\_\_\_

*NOMBRE DE ESTUDIANTE*

ADDRESS: \_\_\_\_\_ PHONE#: \_\_\_\_\_

*DIRECCIÓN*

*TELÉFONO*

ALLERGIES: \_\_\_\_\_

*ALERGIAS*

### To be completed by LICENSED PRESCRIBER

*Ser completado por PRESCRIBER autorizado*

In accordance with the ORC 3313.713/3313.716 The Licensed Prescriber MUST provide the following information before a students is allowed to receive medication at school or possess and self-administer and asthma inhaler.

Condition for which medication is administered: \_\_\_\_\_

Name of medication, dose and route: \_\_\_\_\_

Time or indication for administration: \_\_\_\_\_

Specific instructions for administration: \_\_\_\_\_

Possible side effects to be noted/reported: \_\_\_\_\_

Effective Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Expiration date of this request: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**FOR ASTHMA INHALERS, EPI-PENS, INSULIN PUMPS** – In my opinion, this student shows the ability to administer and be responsible for carrying and self-administering the above medication. YES \_\_\_\_ (initials) NO \_\_\_\_ (initials)

**The following section is REQUIRED for ASTHMA INHALERS that a student is carrying and self-administering, and is OPTIONAL for other medications.**

Instructions to follow in the event medication does not produce expected relief:

Licensed Prescriber Signature \_\_\_\_\_ Printed Name \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ Phone Number \_\_\_\_\_

### To be completed by PARENT/GUARDIAN

*Ser completado por PADRE/GUARDA*

Doy el permiso para el principal o su/su persona designada para administrar la medicación como prescrito encima a mi niño, y adelante estar de acuerdo con el siguiente:

- Presente al personal escolar una declaración revisada, firmada por prescriber autorizado del susodicho, cuando cualquier cambio de la declaración original ocurre.
- Presentan al personal escolar una declaración escrita cuando la medicación ha sido discontinuada.
- El permiso de subvención para la enfermera escolar para consultar con susodicho prescriber autorizado en cuanto a salud de mi niño y tratamiento resulta cuando ellos pertenecen a la susodicha medicación/diagnóstico y sus/sus necesidades de dirección educativas y behaviorísticas. Cooperate with school personnel in assisting my child comply with medication administration instructions.

Todas las Medicaciones deben venir a la escuela en el contenedor original del farmacéutico.

**Para INHALADORES, EPI-PLUMAS, Y BOMBAS DE INSULINA:** Esto es mi opinión que mi niño entiende el uso de esta medicación, demuestra la administración apropiada, y ha mostrado el comportamiento responsable cuando esto viene al transporte de esta medicación. Adelante entiendo que mi niño firmará un contrato que declara él/ella será responsable de la medicación durante la escuela.

SÍ \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ INICIALES \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Guarda

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Número de Teléfono de Día

**\*\*THIS FORM EXPIRES AT THE END OF THE 2017-18 SCHOOL YEAR\*\***

**\*\*ESTA FORMA EXPIRA AL FINAL de 2017-18 AÑO ESCOLAR\*\***

