HISTORIAL DE SALUD DEL ESTUDIANTE (2024-2025)

EXCEL ACADEMY CHARTER SCHOOLS

*** Este formulario debe ser completado por un PADRE/TUTOR CADA AÑO para CADA ESTUDIANTE**

_____

Apellido del estudiante Nombre Segundo nombre Fecha de nacimiento Género Grado Campus

_____

Dirección

_____ _____

#1 Nombre del padre/tutor (***Será el PRIMERO en ser notificado**) Teléfono

_____ _____

#2 Nombre del padre/tutor Teléfono

Nombre del médico/clínica de atención primaria: _____ Teléfono: _____

Seguro de salud: ☐ No ☐ Sí

Compañía: _____ Nombre del suscriptor: _____ Número de Póliza: _____

ALERGIAS **¿Sufre su hijo(a) de lo siguiente?:**

	Sí	No	POR FAVOR ENUMERE
¿Alergias a LOS ALIMENTOS?			
Alergias a MEDICAMENTOS:			
Otras alergias (látex, abejas, medioambiente, etc.)			

¿Tiene su hijo(a) un **EPI-PEN O AUTOINYECTOR DE EPINEFRINA?** ☐ No ☐ Sí

¿Para qué alergia? _____

*Lea la **INFORMACIÓN DE SALUD DEL ESTUDIANTE DE EXCEL** para conocer los **requisitos de medicamentos**. Comuníquese con la **enfermera de la escuela** si tiene alguna pregunta.

INFORMACIÓN MÉDICA Por favor verifique **todas** las condiciones médicas que se relacionan a su hijo(a):

☐ Infecciones del oído (recientes) ☐ Migrañas ☐ TDAH ☐Condición renal

☐ Faringitis estreptocócica (recientemente) ☐ Dolores de cabeza (otras) ☐ Ansiedad ☐Afección cardíaca

☐ Transtorno convulsivo ☐ Depresión ☐ Diabetes: ☐ Tipo 1 ☐Tipo 2

☐ Asma ☐ Reflujo gástrico ☐ Espectro autista ☐Transtorno hemorrágico

☐ Otras sibilancias ☐Intolerancia a la lactosa ☐ Preocupaciones emocionales ☐Problema de visión:

☐ ☐ Lentes ☐ Lentes de contacto

☐ Alergias nasales ☐ Estreñimiento ☐ Escoliosis ☐ Problema de audición:

☐ Hemorragias nasales ☐Transtorno celíaco ☐ Otra condición ósea ☐ Audífonos

¿Alguna **hospitalización**? ☐ No ☐ Sí Razón: _____

¿Alguna **cirugía/procedimiento**? ☐ No ☐ Sí Razón: _____

¿Conmociones cerebrales anteriores? ☐ No ☐ Sí Explicar: _____

Por favor, comente sobre cualquier condición que haya marcado o **indique cualquier otro problema de salud** que su hijo(a) tenga:

_____

_____

_____

¿Su hijo(a) tiene **ASMA** (U OTRA AFECCIÓN QUE CAUSA **SIBILANCIAS)?** ☐ No ☐ Sí

En caso afirmativo, ¿utiliza un **INHALADOR**? ☐ No ☐ Sí

*Lea la **INFORMACIÓN DE SALUD DEL ESTUDIANTE DE EXCEL** para conocer los **requisitos de medicamentos**. Comuníquese con **la enfermera de la escuela** si tiene alguna pregunta.

MEDICAMENTOS Enumere los medicamentos que su hijo(a) toma diariamente (incluidos los que se toma en casa y en la escuela).

NOMBRE DE MEDICINA	DOSA	TIEMPO(S) DADO	CONDICIÓN

¿Necesitará su hijo tomar **algún medicamento recetado en la escuela?** ▢ No ▢ Sí

*Lea la **INFORMACIÓN DE SALUD DEL ESTUDIANTE DE EXCEL** para conocer los **requisitos de medicamentos**. Comuníquese con **la enfermera de la escuela** si tiene alguna pregunta.

MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE (ADMINISTRADOS POR LA ENFERMERA DE LA ESCUELA):

A veces, los estudiantes pueden no sentirse bien mientras están en la escuela o pueden tener una lesión menor. La Oficina de Salud mantiene varios **medicamentos de venta libre** para su uso según sea necesario cuando el profesional de la salud de la escuela lo considere necesario. Si se les da, los padres son notificados por teléfono o por una nota de la enfermera de la escuela. **Los padres pueden dar permiso para la administración de los siguientes medicamentos marcando las casillas y firmando a continuación:**

▢ Acetaminofeno (Tylenol) ▢ Ibuprofen (Motrin, Advil) ▢ Difenidramina (Benadryl)

▢ Carbonato de calcio (TUMS) ▢ Ungüento antibiótico (para cortes/raspaduras) ▢ Crema anti picazón (puede contener hidrocortisona)

▢ Pastilla para la tos/garganta ▢ Vaselina o bálsamo labial ▢ Cetirizine (Zyrtec)

Firma del padre : _____ **Fecha:** _____

En el caso de que mi hijo sufra lesiones potencialmente mortales mientras está en la escuela o un evento relacionado con la escuela, por la presente reconozco y entiendo que el personal de Excel Academy notificará al personal de emergencia apropiado para tratar y llevar a mi hijo a un hospital, médico o dentista sin mi consentimiento previo. También liberó a Excel Academy Charter School y sus empleados, fideicomisarios, contratistas, voluntarios o agentes de cualquier responsabilidad que surja de sus actos u omisiones relacionados con estas notificaciones y tratamientos.

Firma del padre/tutor: _____ **Fecha:** _____

Autorizo a Excel Academy Charter School (incluidas las enfermeras escolares, los maestros de enfermería escolar u otro personal autorizado y calificado) a hacerle la prueba a mi estudiante o cargo legal para COVID-19. Entiendo que esta prueba puede ocurrir varias veces. Entiendo que la prueba de COVID-19 puede crear información de salud protegida y otra información de identificación personal del estudiante, y solo se accederá, utilizará y divulgará dicha información de acuerdo con HIPAA y la ley aplicable. Autorizo a Excel a transmitir dicha PHI al Departamento de Salud Pública ya la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos, según lo autorizado por la HIPAA. Esta autorización permanecerá en pleno vigor y efecto a menos y hasta el momento en que me comunique con la escuela para revocar esta autorización, dicha revocación se proporcionará por escrito. Al firmar este formulario, doy fe de que tengo la autoridad legal y el poder necesarios para tomar decisiones por y en nombre del estudiante mencionado anteriormente.

Firma del padre : _____ **Fecha:** _____

Nombre del padre/tutor (letra de imprenta): _____

DEVUELVA ESTE FORMULARIO COMPLETADO, FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO Y REGISTROS DE VACUNACIÓN A LA ESCUELA DE SU HIJO(A)

Excel Academy Charter High School 401 Bremen Street Boston, MA 02128 P: 617-326-3574 F: 617-674-3427 dweaver@excelacademy.org	Excel Academy East Boston Campus 58 Moore Street Boston, MA 02128 P: 617-874-4093 F: 617-419-1122 jharty@excelacademy.org	Excel Academy Greenway Campus 375 Bremen Street Boston, MA 02128 P: 617-561-1371 F: 617-674-3429 lbarrett@excelacademy.org	Excel Academy Chelsea Campus 180 2nd Street Chelsea, MA 02150 P: 617-336-9970 F: 617-399-6867 ascheifele@excelacademy.org	Excel Academy RI Campus 622 Woonasquatucket Ave North Providence, RI 02911 P: 401-680-6086 blavallee@excelacademy.org