



UK UNIVERSITY OF KENTUCKY
College of Nursing



LEXINGTON-FAYETTE DEPARTAMENTO DE SALUD (LFCHD)
DIVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE ESCUELA

Información de Salud Estudiantil
(Por favor complete un formulario por estudiante.)

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

ESCUELA: _____

AÑO ESCOLAR: _____

Nombre Completo: _____

Seguro Social # del Estudiante: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Raza: _____ ☐ Masculino ☐ Femenina **Inicio Sala de Maestros:** _____

Domicilio: _____ **Ciudad:** _____ **Código Postal:** _____

Teléfono de Casa: _____ **Teléfono de Trabajo:** _____ **Teléfono de Celular:** _____

Madre: _____

Padre: _____

Guardián Legal: _____

Contactado Emergencia que no sea los Padres o Encargado: _____

Relación al Estudiante: _____ **Número Telefónico en caso de Emergencia:** _____

EL SEGURO MÉDICO DE ESTUDIANTE

¿Tiene su estudiante una tarjeta de Medicaid o KY K-CHIP? Si / No Número: _____

¿Tiene su estudiante otro seguro médico? Nombre de Compañía: _____

LA HISTORIA CLÍNICA DE ESTUDIANTE

1) Historial Médica: _____

2) Alergias Médicas: _____ Alergias de Comida: _____

3) Otras Alergias: _____

4) Medicamentos de Administración Diaria: _____

5) * Medicación con Receta Que ha de Darse en la Escuela: _____

Nombre del Proveedor de Atención Médica del Estudiante: _____ **Teléfono:** _____

* Debe completar Formas de Consentimiento de Medicina antes de cualquier medicinas de la prescripción puede ser llevado para escuela para su estudiante. Las formas están disponibles al escuela.

¿Tiene su estudiante alguna de las condiciones siguientes de vida-amenazando que pueden requerir el tratamiento de la EMERGENCIA o las medicinas para ser dadas en la escuela?

☐ **DIABETES**
(Glucagon)

☐ **ASMA**
(Rescate Inhalante)

☐ **LOS ATAQUES**
(Diasat)

☐ **ALERGIA DE VIDA-AMENAZANDO**
(Epi-Pen)

☐ **OTRO** _____

CONSENTIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD / ASIGNAMIENTO DE BENEFICIOS

Todos los estudiantes recibirán los primeros auxilios y atención de emergencia. Al firmar este formulario, autorizo a la Escuela Los servicios de salud dado a mi hijo por Enfermeras o agentes de la LFCHD en la escuela. Si mi estudiante asiste a una escuela que cuenta con una clínica de enfermería especializada supervisada por un médico de la enfermera, yo también doy mi consentimiento a la atención que pueden incluir pruebas de diagnóstico para la detección (por ejemplo, estreptococos). Yo autorizo de LFCHD para entregar información médica sobre mi estudiante a su/s Proveedor de Atención Primaria. Yo también comprendo que la información obtenida a partir de mi estudiante físico; incluyendo inmunizaciones, será dada a la escuela. Si el estudiante o yo tenemos Medicaid o KCHIP yo también autorizo el Departamento de Salud para dar esta información a Medicaid/KCHIP, de modo que el Medicaid / KCHIP se puede facturar por los servicios prestados por la Enfermera de la Escuela, sin costo alguno para mí.

Yo también entiendo la firma de esta hoja doy me consentimiento, y yo reconozco que tengo acceso a una copia del Aviso de Lexington Fayette County Health de Privacidad del Departamento ubicado en: www.lexingtonhealthdepartment.org o puedo llamar a los Servicios de la Escuela de Salud al 288-2314.

ESTE PERMISO SE EXPIRA EN UN AÑO DESPUES DE LA FIRMO

X _____
(Firma de Padre/Guardián Legal/Emancipó a Estudiante)

_____/_____/_____
(La fecha Firmó)