



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: _____

Madre: _____ Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Trabajo: _____ Teléfono de Celular: _____

Padre: _____

Tutor Legal: _____

Contactado de Emergencia que no sea los Padres o Encargado: _____

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

SEGURO MÉDICO DE ESTUDIANTE

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

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

HISTORIA CLÍNICA DE ESTUDIANTE

1) Historial Médica: _____

2) Alergias Médicas: _____ Alergias de Comida: _____

3) Otras Alergias: _____

4) Medicamentos de Administración Diaria: _____

5) * Medicina con Receta que debe darse en la Escuela: _____

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

* Debe completar un Consentimiento para Medicina antes de traer cualquier medicina a la escuela para que se le administre a su estudiante. Los formularios de consentimiento están disponibles en la escuela.

¿Tiene su estudiante alguna de las condiciones siguientes que ponga en riesgo su vida que puedan requerir tratamiento de EMERGENCIA o que se le den medicinas en la escuela?

- DIABETES (Glucagon)
- ASMA (Rescate Inhalante)
- LOS ATAQUES (Diastat)
- ALERGIA DE VIDA-AMENAZANDO (Epi-Pen)
- OTRO _____

CONSENTIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD / ASIGNAMIENTO DE BENEFICIOS

Todos los estudiantes recibirán primeros auxilios y atención de emergencia. Al firmar este formulario, autorizo que Enfermeras de Salud Escolar o agentes de LFCHD le provean servicios a mi hijo mientras esté en la escuela. Yo autorizo que LFCHD le dé información médica de mi estudiante a su Proveedor Médico Primario. También entiendo que información obtenida del Examen Físico Escolar, incluyendo información de inmunizaciones, se la entregarán a la escuela de mi estudiante. Si yo o mi estudiante tenemos Medicaid o KCHIP, yo autorizo que LFCHD entregue esta información a Medicaid/KCHIP para que le puedan mandar la cuenta a Medicaid/KCHIP por los servicios proveídos por la Enfermera de la Escuela, sin ningún costo para mí. Le doy mi consentimiento a LFCHD a entrar la información de vacunas de mis estudiantes en el KY immunization registry.

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

ESTE PERMISO SE VENDE CADA AÑO ESCOLAR

X _____
(Firma de Padre/Tutor Legal/Estudiante Emancipado)

_____/_____/_____
(Fecha en que firmó)