



LEXINGTON-FAYETTE COUNTY HEALTH DEPARTMENT (LFCHD)
SCHOOL HEALTH SERVICES DIVISION
Information Santé de l'Élève
(Veuillez compléter un formulaire par élève)

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

ÉCOLE: _____

ANNÉE SCOLAIRE: _____

Nom de Famille : _____ **Prénom :** _____ **Initiale du Milieu :** _____

(Veuillez fournir le nom légal complet de l'élève.)

Numéro de Sécurité Sociale de l'élève # _____

Date de Naissance: _____

Race: _____ Garçon Fille **Professeur de classe:** _____

Adresse de rue _____ Ville _____ Code Postal _____

Mère _____ Tél Maison _____ Tél Travail _____ Portable : _____

Père _____ Tél Maison _____ Tél Travail _____ Portable : _____

Tuteur Légal _____ Tél Maison _____ Tél Travail _____ Portable : _____

Contact d'Urgence **AUTRE** que Parent or Tuteur _____

Relation: _____ Tél Maison _____ Tél Travail _____ Portable : _____

Assurance Médicale de l'ÉLÈVE :

Votre élève a-t-il KY Medicaid ou une carte K-CHIP? Oui / Non Numéro : _____

Votre élève a-t-il une autre assurance médicale? Oui / Non Nom de la Compagnie : _____

Histoire Médicale de l'ÉLÈVE

1) Historique Médical Significatif: _____

2) Allergies aux médicaments: _____ Allergies Alimentaires: _____

3) Autres Allergies: _____

4) Médicaments pris au quotidien: _____

5) * Médicament sur Ordonnance à donner à l'école: _____

Fournisseur de Soins de l'élève: _____ Tél: _____

* Vous devez remplir les formulaires de consentement pour les médicaments [Medication Consent Forms] avant que l'on puisse donner des médicaments sur ordonnance amenés à l'école
Les formulaires sont disponibles à l'école.

Est-ce que votre élève a une de ces conditions qui menacent la vie qui peuvent requérir un traitement d'URGENCE ou la distribution de médicaments à l'école ?

<input type="checkbox"/> DIABÈTE (Glucagon)	<input type="checkbox"/> ASTHME (Inhalateur de Secours)	<input type="checkbox"/> CONVULSION (Diastat)	<input type="checkbox"/> ALLERGIE MORTELLE (Epi-Pen)	<input type="checkbox"/> AUTRE: _____
---	---	---	--	---

CONSENTEMENT POUR SERVICES DE SANTÉ / ASSIGNATION DES BÉNÉFICES

Tous les élèves recevront des premiers soins de base et de l'aide d'urgence. En signant ce formulaire, je consens aux services de soins donnés à mon élève par les infirmières ou les agents de LFCHD pendant qu'il/elle est à l'école. J'autorise le LFCHD à partager l'information sur mon élève avec son Fournisseur de Soins. Je comprends aussi que l'information obtenue de la visite médicale à l'école, y compris les informations sur les immunisations, sera donnée à l'école de mon élève. Si j'ai ou si mon élève a Medicaid ou KCHIP, j'autorise le LFCHD à partager l'information avec Medicaid/KCHIP pour que Medicaid/KCHIP puisse être facturé pour les services rendus par l'infirmière de l'école, services qui me seront gratuits. Je donne aussi mon consentement à LFCHD pour inclure les données sur les immunisations de mon élève dans le registre d'immunisation du KY.

Je comprends aussi qu'en signant ce consentement, je reconnais que j'ai accès à une copie de la notice de Confidentialité du Département de Santé du Comté de Lexington-Fayette située à www.lexingtonhealthdepartment.org ou je peux faire la demande pour une copie en appelant les Services de Santé Scolaires au 288-2314. Ce formulaire restera effectif pour votre enfant jusqu'à sa douzième année de classe à moins d'être révoqué par écrit.

X

(Signature d'un Parent / Tuteur Légal / Élève Émancipé)

/ /
(Date signé)

THIS SECTION FOR SCHOOL USE ONLY

<input type="checkbox"/> Care Plan(s) Date: _____ Date: _____	<input type="checkbox"/> Care Plan(s) Returned Date: _____ Date: _____
---	--



**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: _____

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 documento permanecerá vigente para su niño hasta su grado 12 a menos que ustedes lo revoquen en escrito.

ESTE PERMISO SE VENCE CADA AÑO ESCOLAR

X _____

(Firma de Padre/Tutor Legal/Estudiante Emancipado)

_____/_____/_____

(Fecha en que firmó)