

Cuestionario de Salud Escolar

Nombre legal de los estudiantes: _____ Fecha de nacimiento: _____

Padre/tutor legal: _____ Teléfono: _____

Pediatra o médico de familia: _____

Compañía de seguros: _____ Fecha de entrada en vigencia: _____

Número de póliza: _____ Identificación de Medicaid: _____

Nombre de los suscriptores: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección de suscriptores: _____

1. Diagnóstico médico, hospitalizaciones y/o cirugías anteriores:

_____2. Medicamentos actuales: nombre y dosis (incluya vitaminas, hierbas, suplementos y aceites)

_____3. Asma diagnosticada por un médico: Sí NoDesencadenantes: Polen Polvo Animales Alimentos
 Ejercicio Calor Enfermedad Aromas/Perfumes
 Humo Estacional Otros: _____4. Alergia diagnosticada por un médico: Sí No
Alergia a: _____5. Medicamentos necesarios en la escuela: Sí No

En caso afirmativo, explique: _____

6. Procedimientos médicos necesarios en la escuela: Sí No

En caso afirmativo, explique: _____

Antecedentes familiares:

Marque cualquiera de los siguientes que los padres, abuelos, hermanos, tíos, tíos o primos puedan haber tenido:

 Asma Cánceres infantiles Ataque cardíaco menor a 35 años Colesterol alto
 Enfermedad de célula falciformes/rasgo Otro: _____

Nombre cualquier otra persona con la que nos dé permiso para comunicarnos sobre la condición médica de su hijo.

Nombre: _____ Relación: _____ Contacto #: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Contacto #: _____

Es responsabilidad del tutor notificar a la oficina de salud de la escuela por escrito si los contactos anteriores o cualquier información de salud cambia. También acuso recibo del Aviso de prácticas de privacidad de la Clínica Graves-Gilbert.

Nombre en letra impresa del parente/representante legal: _____

Firma del parente/representante legal: _____

Fecha: _____ Relación: _____

ACUERDO DE TELESALUD EN LA ESCUELA O CONSULTA EN EL CONSULTORIO PARA EL TRATAMIENTO

Solicito y doy mi consentimiento para que mi hijo/a _____ sea examinado y evaluado por proveedores médicos afiliados a la Clínica Graves-Gilbert por medio de video interactivo. Esta consulta de telemedicina se puede usar para ayudar a diagnosticar, manejar o tratar a mi hijo.

Además, entiendo y acepto lo siguiente:

- El proveedor de atención médica o especialista que consulta *estará* en un lugar diferente al de mi hijo. La enfermera de la escuela u otros profesionales calificados estarán presentes con el niño en la habitación para ayudar en el examen y la evaluación. También puedo asistir electrónicamente o en persona si proporciono información que me permita ser contactado de manera oportuna.
- Es posible que haya personal técnico adicional durante la consulta según sea necesario para operar el equipo de telemedicina.
- Este programa de consulta de telemedicina no reemplaza la atención primaria o especializada de mi hijo, y se brinda para mejorar el servicio de salud escolar
- Los resultados del examen pasarán a formar parte de la historia clínica del niño, que podría incluir una grabación de video y/o audio de la sesión según lo considere apropiado el proveedor consultor o especialista. El proveedor consultor o especialista enviará los resultados de la visita por teleconferencia al proveedor de atención primaria de su hijo.
- El proveedor consultor o especialista puede recomendar pruebas y tratamientos adicionales, y es mi responsabilidad hacer un seguimiento de dichas recomendaciones.
- Aunque el equipo y los recursos están diseñados para proteger la confidencialidad del paciente y proporcionar transmisiones precisas y oportunas, sigue existiendo el riesgo de dificultades técnicas, interrupciones y acceso no autorizado.
- La escuela de su hijo y la Clínica Graves-Gilbert intentarán comunicarse con usted antes de que se lleve a cabo la visita de telemedicina, sin embargo, en caso de que no podamos comunicarnos con usted, usted da su permiso para que se lleve a cabo la visita de telemedicina y la Clínica Graves-Gilbert le enviará un resumen de la visita y las recomendaciones que se hicieron.
- Las consultas de telesalud se pueden facturar a mi seguro cuando corresponda. Autorizo el pago directo a la clínica de los beneficios proporcionados bajo cualquier plan de atención médica o póliza de gastos médicos que me adeude o que pague el plan. Además, autorizo a la clínica a divulgar cualquier información requerida por cualquier tercero pagador con respecto a cualquier reclamo de pago.
- El proveedor de la clínica Graves-Gilbert a veces puede estar presente en la escuela de mi hijo. Autorizo una consulta en persona con el proveedor con los mismos términos anteriores.

- Sí, estoy de acuerdo con los términos anteriores. Mi hijo puede ser consultado por el proveedor de la clínica Graves-Gilbert a través de telesalud o visita al consultorio.**
- No, no quiero que mi hijo sea consultado por el proveedor de la clínica Graves-Gilbert.**

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre impreso del padre/tutor legal: _____

Firma del padre/tutor legal: _____

Relación: _____ Fecha: _____ Hora: _____

CONSENTIMIENTO VÁLIDO PARA EL AÑO ESCOLAR 2025-2026

Medicamentos de venta libre

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____ ALERGIAS : _____

Edad del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Escuela: _____

Indique marcando a continuación los medicamentos que permite que se le administren a su hijo.

- Acetaminofén (Tylenol) Ungüento antibiótico Gotas para los ojos/lavado Aloe vera
- Loción de calamina Ibuprofeno Oragel Pastillas para la tos
- Loratadina (Claritin) Tableta antiácida (Tums) Crema de hidrocortisona Antináuseas (Emetrol)
- Ungüento labial **NINGUNO DE LOS ANTERIORES**

- Autorizo al personal de enfermería y médico capacitado en el Distrito Escolar Independiente de Bowling Green y la Clínica Graves-Gilbert a proporcionar medicamentos de venta libre como se indicó anteriormente y según sea necesario para mi hijo.
- Entiendo que es mi responsabilidad notificar directamente al personal de enfermería por escrito en la escuela donde está inscrito mi hijo sobre cualquier cambio en las necesidades de medicamentos de venta libre de mi hijo.
- Entiendo que en caso de una reacción adversa a cualquier medicamento de venta libre, el medicamento se suspenderá y el personal de enfermería de la escuela me notificará.
- Entiendo que este formulario de permiso se mantendrá archivado en el registro de salud del estudiante de mi hijo y no se cambiará sin notificación por escrito.
- Entiendo que la confidencialidad de este documento se rige por FERPA (Ley de Derechos a la Privacidad de la Educación de la Familia) y que todas las partes seguirán todas las reglas de dicha Ley.
- Entiendo que se puede administrar un equivalente genérico a mi hijo.
- Expresamente eximo de responsabilidad y renuncio a cualquier responsabilidad en nombre de la escuela o sus empleados y agentes con respecto a cualquier lesión o reacción que resulte de la administración o falta de administración del medicamento anterior.
- Entiendo que debo proporcionar al personal de enfermería de la escuela una orden/declaración médica firmada para exceder las pautas de dosificación recomendadas (impresas en el frasco/empaque) al administrar los medicamentos indicados.

Firma del parente/tutor

Fecha

Nombre impreso
Relación

Formulario de consentimiento para el examen de visión y audición

Por 702 KAR 1:160. Servicios de salud escolar. La Regulación 9 establece: (9) (a) Una junta de educación adoptará un programa de supervisión continua de la salud para todos los estudiantes actualmente matriculados. (b) La supervisión incluirá pruebas de detección programadas para la visión y la audición.

BGISD implementa las siguientes evaluaciones por nivel de grado:

Jardín de infantes: Audición

1er grado: Audición

2º grado: Audición

3er grado: Audición y visión

5º grado: Visión

Si un miembro del personal tiene una preocupación por la audición o la visión de un estudiante fuera de los exámenes programados regularmente en toda la escuela, se les puede pedir a los servicios de salud escolar que realicen un examen en el niño.

Verifique a continuación si da permiso para que la enfermera de su escuela realice exámenes de audición o visión.

-----Sí, doy permiso para que mi hijo se someta a un examen de audición o visión por nivel de grado o inquietud del personal de la escuela.

_____ No, No le doy permiso a mi hijo para que se complete un examen de audición o visión por nivel de grado o preocupación del personal de la escuela.

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del guardián: _____ Fecha: _____