



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO MÉDICO

Año Escolar: 2025–2026

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____

¿Alergias? Sí o no

En caso afirmación:

¿Le recetan un EpiPen? Sí o no

¿Autotransporte/administración? Sí o no

¿Qué tipo de reacción? _____

¿Asma?

En caso afirmativo:

¿Le recetan un inhalador? Sí o no

¿Autotransporte/administración? Sí o no

¿Cuáles son los desencadenantes conocidos? _____

¿Diabetes? Sí o no

¿Dependiente de insulina? Sí o no

***Adjunte el DMMP + suministro mínimo de 3 días**

¿Trastorno Convulsivo? Sí o no

Es Así, ¿tiene un medicamento de rescate? Sí o no

En caso afirmativo, marque una opción: Activo/Ausente: ***Adjunte el SAP**

Autorizo que los siguientes medicamentos sean administrados durante el horario escolar por miembros autorizados del personal.

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Analgésico de venta libre | ☐ TUMS (antiácidos) | ☐ Gotas para los ojos |
| ☐ Crema contra la picazón | ☐ Protector solar | |
| ☐ Gotas para la tos | ☐ Benadryl (solo para reacciones alérgicas) | |

Afecciones de salud:



- ☐ Infecciones de oído ☐ Hemorragia nasal ☐ Eccema
☐ Dolores de cabeza ☐ Afecciones gastrointestinales

En caso afirmativo, desencadenantes conocidos: _____

Dispositivos de asistencia:

- ☐ Gafas ☐ Audífonos

Si su hijo está tomando medicamentos actualmente, por favor indícalos aquí (para todos los medicamentos recetados administrados en la escuela se requiere una orden del médico) conserve una copia o pídale al consultorio del PCP de su hijo/a que la envíe por fax al 401-216-8091. **NO SE ADMINISTRARÁN MEDICAMENTOS SIN CONSENTIMIENTO ESCRITO EN EL ARCHIVO.**

Nombre(s) de los medicamentos recetados	Dosis y frecuencia	¿Se debe administrar en la escuela?
		Sí o no
		Sí o no
		Sí o no
		Sí o no

Nombre del pediatra de atención primaria: _____

Número de teléfono del pediatra/PCP: _____

Fecha del último examen físico: _____

¿Está al día con todas las vacunas requeridas por la escuela? Sí o no

Si no, por favor explique: _____

¿Alguna otra información médica pertinente que Ocean State Academy deba tener en cuenta?

Firma de Padre/Guardián

Fecha