

Autorización Para Administrar Medicamentos

Medication Authorization

Sí, yo autorizo al personal del colegio a administrar a mi hijo/a cualquiera de los siguientes medicamentos sin receta medica.
Yes, I authorize the school personnel to administer any of the following medications to my child without a doctor's order.

Yo solo autorizo al personal del colegio a administrar a mi hijo/a los siguientes medicamentos que son marcados sin receta medica.
I only authorize the school personnel to administer the following marked medications to my child without doctor's order.

No, yo no autorizo al personal del colegio a administrar a mi hijo/a ningún medicamento sin receta medica.
No, I do not authorize the school personnel to administer any medications to my child without a doctor's order.

<input type="checkbox"/> Winasorb <i>Tylenol</i>	<input type="checkbox"/> Mentas para la Garganta <i>Throat Lozenges</i>	<input type="checkbox"/> Crema Antibiótica <i>Antibiotic Cream</i>
<input type="checkbox"/> Ibuprofeno <i>Ibuprofen</i>	<input type="checkbox"/> Medicina Contra la Tos <i>Cough Medicine</i>	<input type="checkbox"/> Crema de Benadryl <i>Benadryl Cream</i>
<input type="checkbox"/> Antiácido <i>Antacid</i>	<input type="checkbox"/> Antihistamínico <i>Antihistamine</i>	<input type="checkbox"/> Crema Cortisona <i>Cortizone Topical Cream</i>
<input type="checkbox"/> Benadryl <i>Benadryl</i>	<input type="checkbox"/> Antigripal <i>Cold Medication</i>	<input type="checkbox"/> Otro, favor especificar: <i>Other, please specify:</i> _____

Al firmar este documento, nosotros los padres certificamos que:

- La información de este formulario es correcta y al día.**
- Se ha anexado una copia actualizada del record de vacunas de mi hijo/a.**
- Autorizamos al personal del colegio a administrar medicamentos basados en la información anterior.**

By signing this form, we the parents certify that:

- The information on this form is accurate and up-to-date.*
- An up-to-date copy of our child's immunization record is attached to the form.*
- We authorize the school personnel to administer medication to our child based on the information above.*

Fecha (Date) _____

Firmas (Signatures) _____

Padre (Father)

Madre (Mother)

Arbor Christian Academy
Record Médico 2018-2019
Doctor's Record 2018-2019



El médico debe completar, firmar y sellar este formulario.
This form must be completed, signed and stamped by the health care provider.

Información del Estudiante <i>Student Information</i>		
Apellido: <i>Last Name:</i>	Fecha de Nacimiento: <i>Birth Date:</i>	
Nombre: <i>First Name:</i>	MES (Month) DÍA (Day) AÑO (Year)	
Fecha del Examen: <i>Date of Exam:</i>	He revisado la información proporcionada por los padres en el Record de Salud del niño. <i>I have reviewed the information provided by the parents in the child's Health Record.</i>	
MES (Month) DÍA (Day) AÑO (Year)	Firma del Médico <i>Doctor's Signature</i> _____	
Examen Físico <i>Physical Exam</i>		
Estatura (Height) _____ pulgadas (inches)	Pulso (Pulse) _____ por minuto (per minute)	
Peso (Weight) _____ libras (pounds)	Presión Arterial (Blood Pressure) _____ / _____ mm hg	Tipo de Sangre (Blood Type) _____
SISTEMA (SYSTEM)	NORMAL	DISCRIBA LO ANORMAL (DESCRIBE IF ABNORMAL)
Neurológico (Neurologic)		
ORL Y Ojos (HEEENT)		
Linfático (Lymphatic)		
Corazón (Heart)		
Pulmones (Lungs)		
Abdomen (Abdomen)		
Genital-hernia (Genitalia-hernia)		
Piel (Skin)		
OSEO (ORTHO)	NORMAL	DISCRIBA LO ANORMAL (DESCRIBE IF ABNORMAL)
Cuello (Neck)		
Hombros (Shoulders)		
Brazos-Manos (Arms-Hands)		
Caderas (Hips)		
Rodillas (Knees)		
Pies-Tobillos (Feet-Ankles)		
Postura (Postural)	<input type="checkbox"/> No hay anormalidad espinal (No spinal abnormality) <input type="checkbox"/> Anormalidad espinal (Spinal abnormality) <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Leve (Mild) <input type="radio"/> Moderada (Moderate) <input type="radio"/> Severa (Marked) <input type="radio"/> Referida (Referral Made) 	
Evaluación de Enfermedades Crónicas <i>Chronic Disease Assessment</i>		
ENFERMEDAD (DISEASE)	NO (NO)	SÍ (YES)
Asma (Asthma)		<input type="checkbox"/> Intermitente (Intermittent) <input type="checkbox"/> Leve Persistente (Mild Persistent) <input type="checkbox"/> Moderada Persistente (Moderate Persistent) <input type="checkbox"/> Severa Persistente (Severe Persistent) <input type="checkbox"/> Inducida Por Ejercicio (Exercise Induced)
Anafilaxis Alérgica (Anaphylaxis Allergies)		<input type="checkbox"/> Comida (Food) <input type="checkbox"/> Medicina (Medicine) <input type="checkbox"/> Insectos (Insects) <input type="checkbox"/> Látex (Latex) <input type="checkbox"/> Fuente Desconocida (Unknown Source)
Diabetes (Diabetes)		Tipo (Type)
Convulsiones (Seizures)		Tipo (Type)

Record de Vacunas
Immunization Record

Actualizada (Up to Date): Sí (Yes) No (No) Esquema de Actualización (Catch Up Schedule): _____

Recomendaciones Médicas
Medical Recommendations

1. **Basado en esta historia médica y examen físico, este estudiante ha mantenido su nivel de salud optimo.**

Si no, por favor explique las restricciones/adaptaciones necesarias.

Based on this complete health history and physical examination, this student has maintained his/her level of wellness. If no, please explain the needed restrictions/adaptations.

Sí (Yes) No (No) _____

2. **Este estudiante puede participar plenamente en el programa escolar incluyendo Educación Física.**

Si no, por favor explique las restricciones/adaptaciones necesarias.

This student may participate fully in the school program including Physical Education. If no, please explain the needed restrictions/adaptations.

Sí (Yes) No (No) _____

3. **Este estudiante puede participar plenamente en las actividades atléticas y deportes competitivos.**

Si no, por favor explique las restricciones/adaptaciones necesarias.

This student may participate fully in athletic activities and competitive sports. If no, please explain the needed restrictions/adaptations.

Sí (Yes) No (No) _____

4. **Este estudiante tiene una condición emocional, de desarrollo, de comportamiento o psiquiátrica que podría afectar su experiencia educacional. En caso de ser así, por favor explique y especifique algunos medicamentos que deba tomar diariamente.**

This student has a developmental, emotional, behavioral or psychiatric condition that may affect his or her educational experience. If yes, please explain and specify any daily medications.

Sí (Yes) No (No) _____

5. **Me gustaría discutir alguna información de este reporte con personal de la oficina escolar.**

I would like to discuss information in this report with school office personnel.

Sí (Yes) No (No) _____

Firma del Médico
Doctor's Signature

Fecha
Date

Sello Médico
Stamped Provider Name

Arbor Christian Academy
Record de Vacunas 2018-2019
Vaccination Record 2018-2019



Nombre Completo del Estudiante: <i>Student's Full Name:</i>	Fecha de Nacimiento: <i>Birth Date:</i>
MES (Month) DÍA (Day) AÑO (Year)	

Para el Médico: Por favor complete el siguiente si no hay una copia legible de la tarjeta de vacunación.
To Health Care Provider: Please complete chart below if there is no legible copy of immunization record.

Vacuna (Vaccine)	1			2			3			4			5			6		
	D	M	A	D	M	A	D	M	A	D	M	A	D	M	A	D	M	A
	<i>Day</i>	<i>Month</i>	<i>Year</i>	<i>Day</i>	<i>Month</i>	<i>Year</i>	<i>Day</i>	<i>Month</i>	<i>Year</i>	<i>Day</i>	<i>Month</i>	<i>Year</i>	<i>Day</i>	<i>Month</i>	<i>Year</i>	<i>Day</i>	<i>Month</i>	<i>Year</i>
Difteria, Tos Ferina, Tetanos <i>DTP, DTaP, DT</i>																		
Tdap <i>Tdap</i>																		
Poliomielitis <i>Polio</i>																		
Sarampion <i>Measles</i>																		
Paperas <i>Mumps</i>																		
Rubeola <i>Rubella</i>																		
Triple Viral <i>MMR</i>																		
Haemophilus Influenza B <i>Hib</i>																		
Hepatitis B <i>HepB</i>																		
DTP / Hib / HB <i>PENTA</i>																		
Varicela <i>Varicella</i>																		
BCG <i>BCG</i>				Tuberculina <i>TB Skin Test</i>	Resultado (Result):						Tuberculina <i>TB Skin Test</i>	Resultado (Result):						
Hepatitis A <i>HepA</i>																		
Neumococo <i>Pneumococcal</i>																		
Meningococo <i>Meningococcal</i>																		
Influenza <i>Flu</i>																		
Otras <i>Others</i>																		

Firma del Médico
Doctor's Signature

Fecha
Date

Sello Médico
Stamped Provider Name