



Año Escolar 2025 - 2026

Información de salud y emergencia para la oficina de salud de York Learning Center

Nombre del estudiante: _____
(Apellido(s) (Nombre) (Segundo Nombre)

Dirección: _____

Fecha de nacimiento: _____ Distrito escolar: _____

Número de teléfono de casa: _____

1. Padre/Tutor: _____ Teléfono Celular: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Lugar de empleo: _____ Teléfono: _____

2. Padre/Tutor: _____ Teléfono celular: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Lugar de empleo: _____ Teléfono: _____

Madrastra padrastro: _____ Teléfono celular: _____

Hospital preferido: _____

Persona a quien notificar en caso de emergencia si el tutor no está disponible: _____
(Nombre)

(Relación) (Dirección) (Número de teléfono)

Personas y mascotas que viven en el hogar y su edad: _____

Doctor primario: _____ Teléfono: _____

Médico Especialista: _____ Teléfono: _____

Médico Especialista: _____ Teléfono: _____

Dentista: _____ Teléfono: _____



Nombre del estudiante: _____

Historial de Salud

Diagnósticos Médicos o Cirugías: _____

Alergias: _____

Cualquier otra instrucción o información que el personal de la escuela deba saber al cuidar a su hijo:

Enumere los medicamentos que se toman en CASA:

Nombre	Dosis	Horas de toma

Listar medicamentos o Tratamientos que se tomarán en la **ESCUELA**.

Nombre	Dosis	Horas de toma

Se DEBE recibir una orden del Médico antes de que se pueda administrar el medicamento. Los medicamentos deben enviarse a la escuela en el frasco recetado original con la etiqueta original (que no tenga más de un año) y ser traídos a la escuela por un adulto responsable. Solo se pueden tomar 30 días de medicamentos en la escuela a la vez según las regulaciones del estado de Pensilvania. Número de fax 717-718-5897.

Comuníquese con la Sala de Salud si tiene alguna pregunta, problema o cambio durante el año escolar.

Susan Combs, enfermera registrada, MSN, CSN; skcombs@iu12.org

Cindy Slenker, LPN; Lorie Myers, LPN (ala este)

Teléfono del ala este: 717-718-5809 Fax del ala este: 717-718-5897

Marsha Snyder, LPN (ala oeste)

Teléfono del ala oeste: 717-718-5849 Fax del ala oeste: 717-718-5896

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Mi hijo tiene mi permiso para que la enfermera de la escuela le dé los siguientes medicamentos como tratamiento de primeros auxilios en la escuela o para que el personal de la escuela le dé los siguientes medicamentos. Solo 4 dosis como máximo cada mes, a menos que los padres proporcionen el medicamento y la orden del médico.

___ **Tylenol (acetaminofen)** para dolor/malestar leve y/o temperatura de 100.4 grados Fahrenheit o más. Dosis administrada según las instrucciones del paquete en peso.

___ **Benadryl (difenhidramina)** para sarpullido, urticaria o reacción alérgica.

___ **Motrin (ibuprofeno)** para dolor/malestar leve y/o temperatura de 100.4 grados Fahrenheit o más. Dosis administrada según las instrucciones del paquete en peso.

___ **Tums (carbonato de calcio)** para la indigestión o náuseas.

___ **Jarabe de cola** para las náuseas.

___ **Pastillas** para la tos para el dolor de garganta y la tos.

___ **Pastillas para el dolor de garganta (Sucrets)** o paletas para el dolor de garganta repeated.

___ **Oragel** para las llagas en la boca.

___ **Gotas** para lavar los ojos para la irritación de los ojos.

___ Cepillado de dientes

___ Recorte de uñas

___ Cambio de ropa si es necesario y/o ducha

___ **Vaselina (jalea de petróleo)** para labios agrietados, piel agrietada y/o protección del área del pañal.

___ **Ungüento antibiótico (bacitracina)** para pequeñas heridas abiertas para prevenir infecciones.

___ **Crema de hidrocortisona al 1%** para aliviar pequeñas áreas de la piel con picazón.

___ **Caldaryl Gel** para el sarpullido por hiedra venenosa o picazón leve.

___ **Gel de Aloe Vera** para quemaduras menores o quemaduras solares.

___ **Crema antimicótica (crema de clotrimazol)** en caso de sospecha de tiña o pie de atleta.

___ **Protector solar**

___ El estudiante necesita ayuda para presentar la solicitud

___ Estudiante capaz de aplicarse con seguridad

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____



UNIDAD INTERMEDIARIA LINCOLN 12 HOJA DE PERMISO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Por la presente autorizo al LIU12 y siguientes organizaciones que han sido marcadas a recibir o divulgar información de:

<input type="checkbox"/>	Niños & Juventud	<i>Enumere todos los demás a continuación:</i>
<input type="checkbox"/>	Periodo de Prueba Juvenil	<input type="checkbox"/> Proveedor de atención primaria:
<input type="checkbox"/>	Mental Meath and Intelectual Deshabilita Discordar	
<input type="checkbox"/>	Unidad de Manejo de Opciones para La Salud	<input type="checkbox"/> Médico Especialista:
<input type="checkbox"/>	Programa para La Drogadicción y el Alcohol	
<input type="checkbox"/>	Acceso & Manejo de Servicios (SAM)	<input type="checkbox"/> Especialista médico:
<input type="checkbox"/>	Distrito Escolar	
<input type="checkbox"/>	Unidad Intermedia Lincoln	<input type="checkbox"/> Dentista:
<input type="checkbox"/>	Salud para Comportamiento y Cuidado Comunitario (CCBH)	

Del registro de: _____
Nombre del estudiante
Fecha de nacimiento

Dirección
Código posta
Distrito Escolar

La siguiente información será intercambiada para ayudar al personal profesional a ayudar a mi hijo (a) en su colocación y programa educativo (seleccione todas las que apliquen):

<input type="checkbox"/>	Reportes psiquiátricos/psicológicos	<input type="checkbox"/>	Asesoramiento de Habilidades Vocacionales
<input type="checkbox"/>	Observaciones de maestros / Registros escolares	<input type="checkbox"/>	Historia Social / Información Familiar
<input type="checkbox"/>	Reportes de Progreso	<input type="checkbox"/>	Datos de Asistencia
<input type="checkbox"/>	Reportes Médicos	<input type="checkbox"/>	Tarjetas de Calificaciones
<input type="checkbox"/>	Reportes Neurológicos	<input type="checkbox"/>	Reportes de Admisión / Descargo/retiro
<input type="checkbox"/>	Puntajes de Pruebas de IQ, pruebas de aptitud y logro	<input type="checkbox"/>	Reportes de comportamiento
<input type="checkbox"/>	Otros:	<input type="checkbox"/>	Otros:

Este permiso es valido por 12 meses desde la fecha de la firma y puede ser revocado notificando al Supervisor del LIU #12 por escrito o verbalmente con los testigos apropiados. He leído esta hoja cuidadosamente y comprendo su significado.

Firma del estudiante (edad 14 y mayor)
Fecha

Firma del padre o guardián
(Relación)
Fecha

Permiso verbal para uso de información si es aplicable (requiere las firmas de dos testigos): esta sección debe usarse en caso de los solicitantes que no pueden proveer una firma. Hemos sido testigos de que el solicitante comprende la naturaleza de este permiso y que ha dado su consentimiento libremente.**

***Firma del testigo
Fecha
Firma del testigo
Fecha

acuerdo a las Regulaciones de Pennsylvania: "Esta información ha sido divulgada a Usted de los registros cuya confidencialidad es protegida por la Ley Estatal. Las regulaciones estatales limitan su derecho para hacer mayor divulgación de este información sin el previo consentimiento escrito de la persona pertinente.