

SCHOOL HEALTH SERVICE PROGRAM

Dear Parents or Guardians:

RE: Nursing Services; Chapter 226– Laws of 1991

During the school year, the School Health Program will include a number of services. Please read and review these services, sign the form and return to the nurse.

- 1) **MAINTENANCE OF STUDENT HEALTH RECORDS:** Immunization must be up to date. A physical examination by your private physician must be done on all new students entering school and every 3 years thereafter. This is a state law and must be followed.
- 2) **SCREENING TESTS:** To be done by the School Nurse includes:

A.	Hearing:	All Students
B.	Scoliosis:	All Students
- 3) **MEDICATION POLICY:** Any medication to be given during school hours must be in prescription bottle and accompanied by a written order from the physician. NO medication will be given with out a doctor's note.

In addition, your child will receive emergency nursing services for any school related illness or injury.

PROGRAMA DE SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR

Estimados padres o tutores:

RE: Nursing Services; Chapter 226– Laws of 1991

Durante el año escolar, el Programa de Salud Escolar incluirá una serie de servicios. Por favor, lea y revise estos servicios, firme el formulario y volver a la enfermera.

- 1) **MANTENIMIENTO DE REGISTROS DE SALUD DEL ESTUDIANTE:** La inmunización debe estar al día. Un examen físico realizado por su médico privado debe hacerse en todos los nuevos estudiantes que ingresan a la escuela y cada 3 años a partir de entonces. Esta es una ley estatal y debe ser seguido.
- 2) **Las pruebas de detección:** Para ser hecho por la enfermera de la escuela incluye:

A. Audiencia:	Todos los alumnos
B. Escoliosis:	Todos los alumnos
- 3) **POLITICA MEDICAMENTOS:** Cualquier medicamento que se administra durante las horas de clase debe estar en botella de la prescripción y acompañado por una orden escrita del médico. NO medicación se dará con fuera una nota del doctor.

Además, su hijo recibirá los servicios de enfermería de emergencia por cualquier enfermedad o lesión relacionada con la escuela

PARENTS PERMISSION/ PERMISO DE LOS PADRES

I give permission for my child (name) _____ in grade _____

A) I give permission for my child to participate in the nursing services.

Doy el permiso para que mi niño participe en los servicios del oficio de enfermera

B) I do not give permission for my child to participate in the nursing services.

No doy el permiso para que mi niño participe en los servicios del oficio de enfermera

C) If your child has allergies and/or asthma, please indicate here.

Si su niño tiene alergias y/o asma, indique por favor aquí.

D) If your child uses an inhaler or EpiPen, please indicate here.

Si su niño utiliza un inhalador o un EpiPen, indique por favor aquí

Parent/Guardian Signature X _____ Date _____