

## 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

### PARENT'S PERMISSION/ PERMISO DE LOS PADRES - 202 /202

I give permission for my child (name) \_\_\_\_\_ in grade \_\_\_\_\_

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

202 -202

*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 \_\_\_\_\_