



Aviso a Padres de los Requisitos de Vacunación Grados 6 - 12

Nombre del Estudiante:

Vacunación

Los reglamentos de Kansas (K.S.A. 72-6261 hasta 72-6268) requieren que cada alumno inscrito por primera vez en una escuela de Kansas, presente prueba de que el alumno ha recibido las vacunas requeridas. El Certificado de Vacunaciones de Kansas enumera requisitos de vacunación basados en la edad y el nivel de grado.

Prueba de **cada uno de DTaP (Tétano, Difteria, Tosferina) IPV(Polio), MMR (Paperas, Sarampión), Hepatitis A, Hepatitis B, Meningitis (A,C,W,Y) y Varicela**, debe ser presentada antes de la admisión y **luego**, de acuerdo a la política de nuestro distrito, los refuerzos adicionales recibidos antes de

- El segundo lunes en octubre para estudiantes inscritos hasta el 31 de Agosto,
- El segundo lunes de enero para estudiantes inscritos entre el 1ero de septiembre hasta el 30 de noviembre,
- El segundo lunes de abril para estudiantes inscritos entre el 1ro de diciembre hasta el 31 de marzo.

Padre/Guardián Firma del Aviso _____

Fecha _____

Estudiante transfiriendo de _____
Nombre de Escuela Ciudad Estado

Para uso de la enfermera escolar :

Fecha Estudiante Empezó Escuela _____



Permiso para Compartir Información de Vacunación con el Registro de Vacunación de Kansas

El Registro de Vacunación de Kansas, KSWebIZ, es un sistema informático confidencial que recopila y divulga selectivamente información a personas autorizadas sobre el historial de vacunación en el estado de Kansas.

El propósito del mismo es el de consolidar la información de inmunización entre los profesionales de la salud, asegurar los niveles adecuados de inmunización y evitar inmunizaciones innecesarias. El acceso se limita a las personas y entidades que prestan servicios de inmunización o están obligadas a garantizar la inmunización de las personas. La privacidad de los participantes y la confidencialidad de la información contenida en el registro están protegidas en todo momento por todos los usuarios autorizados.

Las enfermeras escolares de Olathe son usuarias de KSWebIZ y, con el permiso de los padres, ingresan los registros de vacunación de los estudiantes en el registro. El Departamento de Salud del Condado de Johnson y muchos proveedores de atención médica del área también participan en KSWebIZ.

La participación en el programa es completamente voluntaria y no se compartirán otros registros de salud o educación que no sean los registros de inmunización escolar. Si usted desea que el historial de inmunización de su estudiante sea ingresado a dicho sistema, firme a continuación y devuelva a la enfermera de la escuela.

Nombre del Estudiante _____

Doy permiso para que el registro de inmunización escolar sea compartido con el programa de inmunización de Kansas, incluido el registro de inmunización para el propósito de evaluación, reporte, y prevención de enfermedades. Entiendo además que este consentimiento seguirá siendo eficaz para:

- a) la duración de tiempo que mi estudiante está inscrito en el distrito escolar de Olathe o**
- b) hasta que sea revocado por el padre/tutor legal por escrito.**

Firma del Padre/Tutor legal _____

Fecha _____



Olathe Public Schools
Información del historial medico

Día de la Fecha: _____ Grado: _____ Información obtenida del _____

Nombre del Estudiante _____ Nació el: _____ Padre/Tutor
Apellido Nombre Inicial Género: _____

Médico: _____ Otro Especialista: _____

Hospital de Preferencia: _____

Medicación Actual/ Tratamiento	Dosis	Hora en el Día	Razón o Diagnóstico
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Algunos problemas del desarrollo, el comportamiento, la alimentación o el tragar? _____

Si desconoce su historial médico, marque aquí

Historia Médica

Por Favor marque si o no a todo, con respecto a la historia médica del estudiante.

Historia	Si	No	Comentarios	Medicación
Corrección de Vista Condición Visual/pérdida			__Lentes __Lentes de contacto	
Infecciones de Oído			__Actualmente __Tubos(x__)	
Pérdida Auditiva			Tipo: Amplificación usada: Coclear Usado:	
Dolores de Cabeza				
Convulsiones			Tipo de Convulsión: Día que comenzó: Día de la ultima convulsión:	
Diabetes			__ Tipo 1, Dependiente de insulina __ Tipo 2, No se necesita insulina	
ADD o ADHD				
Preocupaciones/Mentales/ conductuales				
Preocupación Dental				

Historia	Si	No	Comentarios	Medicación
Alergias			Comidas _____ Climáticas ____ Picadura de Insecto ____ Medicación ____ Reacción: Anafilaxis:	
Asma			Liste lo que la activa	
Bronquitis/Neumonía				
Mareos Desmayos Contener la Respiración				
Trastornos del sueño				
Sangrado de Nariz			¿Cada cuánto?	
Vejiga/Preocupación del Riñón				
Infección Urinaria				
Dolor de estómago (frecuente) Ulceras Intestino irritable			Especificar	
Preocupaciones Cardíacas/Corazón				
Hospitalizaciones Cirugías			Edad/año/razón	
Accidentes Lesiones de la Cabeza/concusión			Liste los Accidentes/edad/año	



AUTORIZACION DE MEDICAMENTO SIN RECETA

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado/Maestra/o: _____

Liste cualquier alergia o sensibilidad conocida que tenga su hijo/a:

El personal escolar debe tener el consentimiento firmado (o consentimiento de inscripción en línea) para administrar estos medicamentos sin receta. Medicamentos genéricos equivalentes se mantendrán en la enfermería y serán utilizados en lugar de los medicamentos de marcas más caras. La enfermera de la escuela administrara los medicamentos aprobados según se considere necesario, utilizando su criterio. Además, la enfermera de la escuela intentara contactarse con usted cuando se le administre el medicamento a su hijo/a.

Medicamento sin receta será administrado con moderación cuando este indicada para que su hijo/a este más cómodo/a y pueda permanecer en la escuela. Por ejemplo, el medicamento puede utilizarse para el dolor dental, dolor de cabeza leve, dolor ortopédico relacionado con una lesión reciente, o en el caso de la difenhidramina para síntomas de una reacción alérgica aguda. Usted seguirá siendo contactado para el continuo cuidado de su hijo/a. Además, si su hijo/a tiene fiebre (100.0 F o más alta), la política del distrito requiere que su hijo/a se vaya a casa y no regrese hasta que no tenga fiebre durante 24 horas sin medicamento.

Marque todos los medicamentos que quiera para su hijo/a. La dosis será según el peso

- Acetaminofén (genérico de Tylenol®)
- Ibuprofeno (genérico de Advil®)
- Difenhidramina (genérico de Benadryl®)
- Cetirizina (genérico de Zyrtec®)
- Carbonato de Calcio Antiácido (genérico de Tums®)
- Pastillas para la tos
- Gotas para los ojos (Solución salina)
- Pomada/Crema de uso tópico (ejemplo., Vaselina, Loción de Calamina, 1% Hidrocortisona etc.)

Entiendo que el empleado de la escuela que administra estos medicamentos de acuerdo con las dosis adecuadas no será responsable de cualquier reacción adversa al medicamento administrado. Por la presente doy mi permiso para que mi hijo/hija reciba los medicamentos marcados en este formulario según lo considere necesario la enfermera de la escuela.

Firma de los padres

Padres (Nombre Impreso)

Fecha de hoy