

## AGUA FRIA UNION HIGH SCHOOL DISTRICT #216

**AGUA FRIA HIGH SCHOOL**  
530 E. Riley Dr.  
Avondale, AZ 85323  
(623) 932 – 7300

**DESERT EDGE HIGH SCHOOL**  
15778 W. Yuma Road  
Goodyear, AZ 85338  
(623) 932 – 7500

**MILLENNIUM HIGH SCHOOL**  
14802 W. Wigwam Blvd.  
Goodyear, AZ 85395  
(623) 932 – 7200

**VERRADO HIGH SCHOOL**  
20050 W. Indian School Rd.  
Buckeye, AZ 85396  
(623) 932 – 7400

**Estimado Padre/Tutor:**

Adjunto a la presente están (3) detalles médicos necesarios que usted debe completar y devolver al Centro de Salud (Health Center) lo mas pronto posible.

La información dada en la Tarjeta Médica de Emergencia (Emergency Medical Card) nos permite contactar a alguien en un caso de emergencia. El "Formulario de Ordenes Medicas Vigentes" (Standing Medical Orders) también proveen su preferencia en cuanto al cuidado de salud de su hija/o, en caso que requieran atención medica. Es de extrema importancia que estos formularios sean devueltos anualmente junto con la información de registracion del estudiante.

Gracias por su cooperación. Si Usted tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con nosotros.

Sinceramente,

Student Health Coordinator  
Agua Fria High School  
(623) 932-7300 ext. 11015/16

Student Health Coordinator  
Millennium High School  
(623) 932-7200 ext. 12044/46

Student Health Coordinator  
Desert Edge High School  
(623) 932-7500 ext. 13015

Student Health Coordinator  
Verrado High School  
(623) 932-7400 ext. 14144

Esta es una lista de tratamientos y medicinas sin receta médica que están disponibles para las siguientes condiciones. Por favor haga un círculo en el Si o No de cada categoría para indicar si quiere que su estudiante reciba estos tratamientos o medicinas.

<u>CONDICION</u>	<u>TRATAMIENTO</u>		<u>MEDICAMENTO SIN RECETA</u>	
Picaduras de insectos	Remover el aguijon, y ponerle hielo		Loción de Calamina o Caladryl	Si/No
Alérgico a picaduras	Llamar a los Padres o Medico	Si/No	Benadryl 25-50 mg x una vez	Si/No
Quemaduras	Aplicar agua fría o compresas de hielo por 5 min. <u>No aplicar hielo directamente en la quemadura</u>	Si/No	Hielo o compresas frías por 5 min o aerosol para quemaduras	Si/No
Tos que interrumpa la clase	Pedacitos de hielo	Si/No	Pastillas para la garganta (Cepacol o Halls) Vea a su doctor si la tos persiste	Si/No
Ojos Iritados	_____	Si/No	Gotas para los ojos	Si/No
Desmayo	Acostarse con los pies elevados	Si/No		
Fiebre	Calentura mas de 101y los padres no están disponibles, aplicar compresas frías sobre la frente, cuello, y debajo de los brazos. Líquidos claros	Si/No	Acetaminofeno (Tylenol genérico) siguiendo la dosis recomendada en la etiqueta.	Si/No
Dolor de Cabeza	Acostarse por 15-30 min. con compresas frías sobre la frente	Si/No	Acetaminofeno (Tylenol Genérico) siguiendo la dosis recomendada en la etiqueta	Si/No
Dolores Menstruales	Acostarse por 15-30 min.	Si/No	Acetaminofeno (Tylenol Genérico) o Advil, siguiendo la dosis recomendada en la etiqueta	Si/No
Dolores Musculares	Compresas de hielo por 10 min	Si/No	Lo mismo que dice arriba o hielo Mineral	Si/No
Herida vieja/Cortadura	Lava con jabon antibacterial y agua.	Si/No	Aerosol antiséptico/pomada con Antibiótico	Si/No
Dolor de Garganta	Si la calentura no sube a más de 100g Darle agua tibia con sal para hacer Gárgaras, 1 cucharadita de sal en 8 oz. De agua tibia.	Si/No	Pastillas para la garganta (Cepacol- o Halls) o aerosol clora séptico.	Si/No
Dolores de Muelas	Enjuagarse la boca con agua tibia	Si/No	Aceite de clavo/Ambesol: una referencia dental	Si/No
Ampollas Labiales	Enjuagarse la boca con agua tibia	Si/No	Campho-phenique (Ampollas en los labios)	Si/No
Dolores de Estomago	Acostarse por 15-30 min.	Si/No	Antiácido (Turns o Malos) siga la dosis recomendada	Si/No

Las medicinas sin receta pueden ser administradas hasta una hora antes de salir de la escuela, para estar seguros de que no haya ninguna reacción alérgica.

# AGUA FRIA UNION HIGH SCHOOL DISTRICT # 216

## ORDENES DE MEDICINAS SIN RECETA MÉDICA EN RECERVA

### Autorización para Órdenes Médicas

Bajo la Ley de Arizona, las escuelas darán medicinas o drogas que no requieran receta, con el permiso de los padres. Si el permiso por escrito no es obtenido, entonces permiso verbal se puede obtener por una sola vez. Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Agua Fria High School (623) 932-7300 ext. 11015 o Millennium High School (623) 932-7200 ext. 12044 o Desert Edge High School (623) 932-7500, ext. 13015, o Verrado High School (623) 932-7400 ext. 14144

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Numero de teléfonos: Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

Si su hijo/a tiene reacciones alérgicas a algún medicamento o comida, etc. por favor haga una lista aquí o escriba "NINGUNO"

En caso de un accidente menor o una enfermedad, yo entiendo que el tratamiento y las medicinas dichas en las Ordenes Medicas serán despachadas como se indican por me (al reverso), y métodos de cuidados simples son administrados antes de que el medicamento sea despachado por un empleado designado del Distrito.

Nombre Padre/Tutor (por favor imprima) \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



# AGUA FRIA UNION HIGH SCHOOL DISTRICT # 216

TARJETA DE EMERGENCIA MEDICA Y DE SALUD  
(PARA SER LLENADA POR LOS PADRES O TUTORES, POR FAVOR CONTESTE CADA PREGUNTA Y FIRME)

NOMBRE \_\_\_\_\_ GRADO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ SEXO (M) \_\_\_\_\_ (F) \_\_\_\_\_  
 APELLIDO-PRIMER NOMBRE-INITIAL \_\_\_\_\_  
 DIRECCION \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_  
 ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL PADRE \_\_\_\_\_ NOMBRE DE LA MADRE \_\_\_\_\_ TELEFONO DE LA CASA \_\_\_\_\_  
 LUGAR DE EMPLEO DEL PADRE \_\_\_\_\_ NÚMERO DEL TRABAJO \_\_\_\_\_  
 LUGAR DE EMPLEO DE LA MADRE \_\_\_\_\_ NÚMERO DEL TRABAJO \_\_\_\_\_

EN CASO DE EMERGENCIA SI NUNGUÑO DE LOS PADRES O TUTORES SON LOCALIZADOS. LLAMAR INMEDIATAMENTE A:

NOMBRE \_\_\_\_\_ RELACION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
 NOMBRE \_\_\_\_\_ RELACION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL MEDICO \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
 HOSPITAL \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
 COBERTURA DE SEGURO MEDICO \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DE LA COMPAÑIA \_\_\_\_\_ NÚMERO DE POLIZA \_\_\_\_\_ NÚMERO DE TARJETA DE SALUD DEL ESTADO \_\_\_\_\_

Si el padre o tutor no pueden ser localizados, la escuela tiene mi permiso para tramitar atención medica en una urgencia. (Sin este permiso la escuela no asume ninguna responsabilidad.)

A cada estudiante le puede ser requerido el presentar evidencia de que su condición física permite una participación saludable y segura en el programa escolar. En la ausencia de esta evidencia el medico de la escuela puede requerir examinar al estudiante.

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ (Inicial por favor)

SE LE PUEDE DAR AL ESTUDIANTE EN LA ESCUELA \_\_\_\_\_ ADVIL SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ TYLENOL SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 (Inicial por favor) (Inicial por favor)

**FIRMA DEL PADRE O TUTOR**

ESTA TARJETA DEBE SER LLENADA COMPLETAMENTE Y FIRMADA ANTES DE QUE SU HIJO/A SEA PERMITIDO/A A ATENDER CLASES

Si es un nuevo estudiante por favor complete la información a continuación:

ESCUELA ANTERIOR \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

### HISTORIAL MEDICO (Debe ser llenado por el padre o tutor)

Por favor señale en la Columba si es aplicable	Señale aquí
ADD/ADHD	_____
ALERGIAS	_____
ASMA	_____
DESORDENES CONVULSIVOS	_____
CONDICIONES DE INCAPACITADO	_____
CONDICIONES DE PECHO	_____
CONDICIONES DE LA VISTA	_____
VARICELA	_____
DIABETES	_____
ENFERMEDAD DE OJOS, OIDOS O NARIZ	_____
ENFERMEDAD DEL CORAZON	_____
SARAMPION	_____
RUBEOLA	_____
PAPERAS	_____
FIEBRE REUMATICA	_____
FIEBRE ESCARLATA	_____
AMIGDALITIS	_____
FIEBRE DEL VALLE	_____
TUBERCULOSIS	_____
TOS RUIDOSA	_____
ALERGIAS DE MEDICAMENTO	_____

**OTRA INFORMACION MEDICA**

TIPO DE SANGRE \_\_\_\_\_  
 PRUEBA DE TUBERCULOSIS \_\_\_\_\_  
 FECHA \_\_\_\_\_ POS \_\_\_\_\_ NEG \_\_\_\_\_  
 RAYOS X DE PECHO-FECHA \_\_\_\_\_ POS \_\_\_\_\_ NEG \_\_\_\_\_  
 FECHA \_\_\_\_\_ POS \_\_\_\_\_ NEG \_\_\_\_\_  
 BAJO TRATAMIENTO MEDICO SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 EXPLIQUE \_\_\_\_\_  
 CIRUGIAS \_\_\_\_\_  
 MEDICAMENTOS \_\_\_\_\_  
 RESTRICCIONES DE ACTIVIDAD POR RAZONES MÉDICAS+ \_\_\_\_\_  
 COMENTARIOS \_\_\_\_\_