

Estimados Padres o Guardianes,

El paquete de servicios de salud a las escuelas católicas. El paquete de información que le estamos incluyendo necesita ser completado y entregado el primer día de clases. La ley en el Estado de Indiana requiere que su hijo reciba ciertas vacunas para poder asistir de la escuela. Asegúrese de leer bien y con cuidado la información sobre inmunización va que el Departamento de Salud del Estado de Indiana ha hecho algunos cambios mandatarios que comenzaron en el año académico 2022-2023. Lo siguiente es el número mínimo de vacunas requeridas de acuerdo al grado cursan.

- Pre-Escuela y Pre-Kinder: 4DTaP, 3 Polio, 3 Hepatitis B, 2 Hepatitis A, 1 MMR, y 1 Varicela (o documentación del pediatra con detalles del mes y el año en que el niño/a tuvo las varicelas.
- Kindergarten- Quinto Grado: 5DTaP, 4 Polio, 3 Hepatitis B, 2 MMR, y 2 Varicela (o documentación del pediatra con detalles del mes y el año en que el niño/a tuvo varicelas) y 2 Hepatitis A
- Sexto Grado – Octavo Grado: 5DTaP, 4 Polio, 3 Hepatitis B, 2 MMR, 1 Meningitis, 1 Pertussis, 2 Hepatitis A y 2 Varicela (o documentación escrita del medico del mes y año en que le dieron las varicelas para los jóvenes del grado seis y siete),

El Estado de Indiana reconoce solamente dos razones por las cuales sus hijos no estén inmunizados. Una es médica. Si su niño/a tiene razón medica para estar inmunizado, hay una forma que tiene que llenar. Solamente un doctor puede firmar esta forma. La segunda razón es religiosa. Si su religión le prohíbe que su hijo sea inmunizado el padre o madre debe firmar esta forma cada año. Estas formas tiene que ser entregadas el primer día de escuela. Usted puede enviar las formas de este paquete durante los meses de verano a la escuela o a nuestra oficina. Copias enviadas por fax también son aceptadas. Favor de escribir en los documentos el nombre de la escuela a la cual su niño/a asiste, antes de enviar el fax.

Quedamos de usted,

Beth Kirk, RN, BSN

Maureen VerVaet, RN, BSN

Medical Centers

Mishawaka Medical Center

5215 Holy Cross Pkwy.
Mishawaka, IN 46545
574.335.5000

Plymouth Medical Center

1815 Lake Ave.
Plymouth, IN 46583
574.948.4000

Senior Services

Holy Cross

17475 Dugdale Dr.
South Bend, IN 46635
574.247.7500

Saint Joseph PACE

250 E. Day Rd.
Mishawaka, IN 46545
574.247.8700

St. Paul's

3602 S. Ironwood Dr.
South Bend, IN 46614
574.284.9000

Trinity Tower

316 S. Dr. Martin Luther King Jr. Blvd.
South Bend, IN 46601
574.335.1800

VNA Home Care

3838 N. Main St., Ste. 100
Mishawaka, IN 46545
574.335.8600

Community-Based Programs

The Foundation

707 E. Cedar St., Ste. 100
South Bend, IN 46617
574.335.4540

Health Insurance Services

5215 Holy Cross Pkwy.
Mishawaka, IN 46545
1.855.88.SJMED (1.855.887.5633)

Community Health & Well-Being

707 E. Cedar St., Ste. 100
South Bend, IN 46617
574.335.4885

Physician Network

707 E. Cedar St., Ste. 220
South Bend, IN 46617
574.335.8758

Nombre del estudiante: _____ #de veces enviado a padres: ____ Grado: ____

Diócesis of Fort Wayne-South Bend Schools

Estimado Padre de familia/ Guardián,

El Departamento de Salud del estado de Indiana mantiene un registro electrónico de vacunas, conocido con el nombre de Programa de Registro de Vacunas de niños y residentes de Indiana(CHIRP-siglas en Ingles). Este programa permite a todos los proveedores de atención médica del estado de Indiana ingresar en la base de datos la información de vacunas, esto con el fin de archivar la información electrónicamente. El programa CHIRP provee la información más actualizada de registros de vacunas para los proveedores de atención médica. El Departamento de Educación del Estado de Indiana requiere que todas las escuelas del estado utilicen el programa CHIRP para archivar los informes anuales de vacunas. Las escuelas para mantener su acreditación necesitan presentar estos registros de vacunas. La escuela solicita su autorización para enviar el registro de vacunas de sus hijos en este nuevo formato. Cada niño necesita una copia de esta autorización.

Yo _____, autorizo a las escuelas de la Diócesis of Fort Wayne/South Bend para enviar y compartir la información de mi hijo(a) _____

al Departamento de Salud del Estado de Indiana: Programa de Registro de Vacunas de niños y residentes de Indiana -Children and Hoosiers Immunization Registry Program (CHIRP):

Nombre y apellido del estudiante, Fecha de nacimiento, Registro de vacunas, Dirección,

Número de teléfono, Escuela a la que asiste.

Entiendo que la información suministrada en este registro puede ser usada para verificar que mi hijo(a) ha recibido las vacunas correspondientes y para informarme del estatus de las vacunas de mi hijo(a) y si necesita alguna vacuna de acuerdo al esquema de administración de vacunas.

Entiendo que la información de mi hijo(a) puede estar disponible en la base de datos de otro estado, de un proveedor de atención médica o de un proveedor de atención médica asignado, el departamento de salud local, la escuela primaria o secundaria, guarderías, la oficina de políticas y planeación de Medicaid, o un contratista de la oficina de planeación de Medicaid, una agencia certificada para encontrar hogares para los niños, y a Colegios y Universidades. También entiendo que otras agencias pueden ser agregadas a esta lista de acuerdo a la enmienda I.C. 16-38-5-3

Firma del Padre/ Guardián

Fecha

Nombre y apellido del Padre/ Guardián

Grado

Dirección

Ciudad

Area del código postal

Nombre del niño(a)

Escuela

**POR FAVOR COMPLETE ESTA FORMA Y ENVIELA EL PRIMER DIA
DE CLASES**

Cuestionario de Salud para Estudiantes

(Necesita ser completado por los Padres o Guardián del estudiante)

¡Favor de escribir en letra impresa!

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Domicilio: _____ Numero de Teléfono: _____

Cuidad: _____ Código Postal: _____

Nombre del Padre: _____ Nombre de la Madre: _____

El Estudiante Vive Con: _____

Favor de marcar las Enfermedades y/o Condiciones Medicas que su hijo(a) tiene o a tenido.

Enfermedad/Condición	SI (Escriba el mes y año)	NO	Enfermedad/Condición	SI (Escriba el mes y año)	NO
Asma			Paperas		
Diabetes			Sarampión		
Convulsiones			Fiebre Reumática		
Food Alergieas			Fiebre Escarlatina		
Varicela (Viruela)			Orto:		

¿Acaso a tenido su hijo(a) alguna otra enfermedad contagiosa/transmissible que no este listada arriba? Favor de explicar y dar las fechas relevantes a estas enfermedades:

Favor de explicar y escribir las fechas (mes y año), si algo de lo siguiente aplica a su hijo(a).

Operaciones/Cirugías: _____

Enfermedades de (ojos, oídos, corazón, estomago, riñones etc.): _____

Lesiones graves/severas (concusiones, lesions de la cabeza, fracturas etc.): _____

¿Existe alguna otra información sobre la salud de su hijo(a) que la escuela debe de saber que puede ser relevante a la salud, bienestar y protección de su hijo(a) y/o de otros en el ambiente escolar? _____

Favor de escribir cualquier condición medica, física o mental que debe ser considerada en la planificación del día escolar de su hijo(a): _____

Alergieas/Reacciones: _____

Food Alergieas Care Plan Needed Epi Pen Needed Diabetic Care Plan needed

Doctor de Cabecera/Doctor Familiar: _____ Teléfono: _____

Dentista Familiar: _____ Teléfono: _____

La información que proporciono en este documento esta completa y es correcta según mis propios conocimientos y criterio. Reconozco que tengo la obligación continua de informar a la escuela de cualquier cambio en el estatus de la salud de mi hijo(a) que pueda ser relevante a la información que se me pide en este documento.

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Physician Certificate of Examination Form

(To be completed by a physician/healthcare provider)

Please Print!

IMMUNIZATION DOCUMENTATION ATTACHED

Name: _____ Date of Birth: ____/____/____

Allergies: _____ Epi Pen Needed

Current Medications: (List name, dosage, and time):

1. _____ Dosage: _____ Time: _____

2. _____ Dosage: _____ Time: _____

Height: _____ Weight: _____ B/P: _____

Eyes: _____

Ears: _____

Lead Level (if indicated): _____

Nose: _____

Throat: _____

Sickle Cell (If indicated): _____

Chest: _____

Heart: _____

TB Test: (Recommended)

Hernia: _____

Date Given: _____

Extremities: _____

Date Read: _____

Posture/Scoliosis: _____

Results: _____

- Does this child have any health condition that would be hazardous either to the child or to the other children in the group setting as a result of participation in normal activities (including sports) YES NO
- If Yes, what modification of normal activities would be necessary to protect the child and the child's classmates

Physician/Healthcare Provider Completing this Form: _____

Please Print/Stamp

Physician/Healthcare Provider's Signature: _____ Date: _____

Certificate of Dental Examination

Teeth:

1. Cavities: _____

2. Soft Tissue: _____

3. Oral Hygiene: _____

Present Status:

- Does the patient presently have any tooth decay or other dental defects which may reduce his/her efficiency or prevent him/her from receiving the full benefit of his/her school work?
 - If yes, please explain: _____

Recommendations: _____

Dentist's Name (Stamp or Print): _____

Dentist's Signature: _____ Date: _____

Autorización para la administración de medicamentos

Padre de familia/Guardián

Para proteger la salud y el bienestar de los estudiantes y del personal de la escuela, las leyes del estado de Indiana requieren que los padres den su autorización, por escrito, para la administración de medicamentos a sus hijos. Para que la enfermera de la escuela, la enfermera voluntaria de la escuela, o un miembro del personal administren medicamentos a su hijo(a), esta forma debe ser leída y firmada.

1. La escuela **debe tener en su expediente la receta médica del proveedor de atención médica y la autorización por escrito de los padres/guardianes para la administración de los medicamentos ordenados.** Para la administración de medicamentos que no requieren receta médica, debe tenerse una autorización por escrito de los padres/guardianes.
2. **Medicamentos con receta medica v/o medicinas sin receta médica deben mantenerse en sus empaques originales con la etiqueta de la farmacia o de la marca bien pegada al empaque. La etiqueta debe contener la siguiente información:**
 - Nombre del estudiante
 - Nombre del medicamento
 - Dosis del medicamento
 - Nombre del proveedor de atención médica que ordeno el medicamento (si aplica)
3. **Los medicamentos se deben entregar en la oficina de la escuela y deben mantenerse guardados con llave .**
4. **ESTUDIANTES DE PRE-ESCOLAR, ESCUELA PRIMARIA Y MEDIA NO PUEDEN LLEVAR MEDICAMENTOS A LA ESCUELA. UN ADULTO DEBE SER RESPONSABLE DE LLEVAR Y RECOGER LOS MEDICAMENTOS.**
5. La enfermera de la escuela o el personal de la escuela autorizado deben conocer la causa por la cual el estudiante está recibiendo el medicamento.
6. En casos específicos, la enfermera de la escuela o el personal de la escuela autorizado pueden solicitar que los padres/guardianes vengan a la escuela para administrar el medicamento.
7. Todos los medicamentos recetados se administrarán estrictamente de acuerdo con la receta escrita por el médico / profesional de la salud. La dosis puede cambiarse solo si a la escuela se le proporciona la orden escrita del médico / profesional de la salud que autoriza el cambio. La secretaria o el personal de la escuela no pueden recibir una orden médica por teléfono.
8. Los medicamentos sin receta médica (de venta libre) se administrarán de acuerdo a las instrucciones en la etiqueta del medicamento, se cambiara la administración si la escuela recibe una orden escrita de un médico / profesional de la salud que autorice dicho cambio.

He leído esta forma y entiendo el reglamento para la administración de medicamentos en la escuela.

_____ Por favor, administre a mi hijo(a), _____, los medicamentos que están detallados a continuación, y de acuerdo con la receta escrita del proveedor médico. **Y/O**

_____ Por favor, administre a mi hijo(a), _____, los medicamentos de venta libre como se describen a continuación:

Medicina	Dosis (mg y # de tabletas)	Hora	Precauciones/efectos secundarios
1.			
2.			
3.			
4.			

- Período de tiempo en que se continuará la administración del medicamento _____
- Razón por la cual se está administrando el medicamento : _____

Firma del Padre de familia/Guardián : _____ Fecha _____

Nombre y Apellido : _____ Teléfono: _____

Written Consent for Administration of Medication

Physician/Health Care Provider

In order to protect the health and welfare of the students and school staff alike, Indiana laws requires that parents consent, in writing, to the administration of medication. In order for the school nurse, volunteer school nurse, or a staff member to administer medication to your student the form below must be read and signed.

1. The school **must have on record a written order from the prescribing physician/practitioner and written consent from the parent/guardian for prescription medication.** There must be a written request from the parent/guardian for Over the Counter (OTC) medications before they will be administered to a student at school.
2. Medications prescribed and/or OTC meds should be kept in the original container with the pharmacy or brand label affixed. The label must include the following:
 - Student's Name
 - Name of Medication
 - Dosage of Medication
 - Prescribing Physician/Practitioner (if applicable)
3. **Medication brought to the school must be checked in at the office and kept in a locked cabinet.**
4. **PRESCHOOL, ELEMENTARY, AND JUNIOR HIGH STUDENTS MAY NOT TRANSPORT MEDICATIONS TO SCHOOL AT ALL. MEDICATIONS MUST BE BROUGHT TO SCHOOL AND PICKED UP BY AN ADULT.**
5. The school nurse/assigned staff member must be aware of the purpose for which the student is receiving the medication.
6. In specific cases, the school nurse/assigned staff member may require the parent(s)/guardian to come to the school to administer the medication.
7. All prescribed medication will be administered strictly in accordance with the written order of the physician/practitioner. The dosage may be changed only if the school is provided with the written order of the physician/practitioner authorizing the change. The school secretary/staff can not take a physician order over the phone.
8. Over-the-counter medication will not be administered in any manner inconsistent with the instructions on the brand label, unless the school receives a written order of a physician/practitioner authorizing such administration.

I have read and understand the above policy.

_____ Please administer to, _____, the prescribed medication(s) written below, in accordance with the written order of the physician/practitioner.

AND/OR

_____ Please administer to _____, the over-the-counter medication(s) as described below:

Medication	Dosage (Mg and # of tabs)	Time	Precautions/side effects
1.			
2.			
3.			
4.			

- Period of time medication is to be continued: _____
- Reason for medication: _____

Physician Signature: _____ Date _____
Printed Name: _____ Phone #: _____