



Estudiantes de Secundaria Nuevos en el Distrito Escolar de Olathe

Grados 6 - 12

Vacunas	<p>Antes de asistir a clases por la PRIMERA VEZ en una escuela de KANSAS, LA CONSTANCIA DE VACUNAS es requerida.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Refiérase al Certificado de Vacunación de Kansas (KCI) donde se adjunta la lista de requisitos de vacunación por grado y edad. • ¿Qué certificado de vacunas acepta El Distrito Escolar de Olathe? El KCI completado por un proveedor de cuidado de salud, un registro de la oficina de su doctor, una copia de la tarjeta de vacunas color rosa, o un registro oficial de una escuela desde donde el alumno es transferido.
Examen Físico	<p>ANTES DE PARTICIPAR EN UN DEPORTE los estudiantes de 6to grado en adelante (incluyendo equipo de marcha y porristas) deben hacer lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibir un examen físico anualmente usando el formulario adjunto, el cual se denomina Pre-Participation Physical Evaluation (Evaluación Física de Pre-Participación) (pero no antes del 1 de mayo del año escolar anterior). • Firmar todas las áreas resaltadas. • Leer y firmar todas las áreas resaltadas del formulario que se denomina Concussion & Head Injury Information Release. (Publicación de información acerca de concusiones y lesiones en la cabeza)
Examen Dental	<p>Recomendamos que los estudiantes reciban exámenes dentales dos veces al año.</p>

Otras Pólizas de Salud de Interés para los Padres:

- Por favor contacte a la enfermera de la escuela con relación a cualquiera necesidad individual de salud del estudiante.
- Refiérase al sitio red del distrito para una explicación más detallada de nuestra política de medicación. **Todas las medicinas controladas** deben ser **administradas a través del salón de salud y requiere una nota del doctor**. También promovemos que las **medicinas de emergencia** sean supervisadas a través de la enfermera de la escuela (la **auto administración** requiere un permiso escrito tanto del doctor como del padre). Los estudiantes pueden llevar consigo una pequeña provisión de medicinas de **mostrador** y auto administrársela. Los estudiantes nunca deben compartir las medicinas con otro estudiante.
- Se provee **asistencia de emergencia** a todos los alumnos que se lesionan o enferman en la escuela, incluido el llamado al 911 si fuera necesario.
- Los estudiantes **enfermos** deberán permanecer en sus casas hasta que no tengan síntomas durante 24 horas, y se deberá informar a la enfermera escolar sobre cualquier **enfermedad contagiosa** (infecciones de garganta, varicela, etc.). Por ejemplo, los estudiantes deberán estar sin fiebre (100° F/ 37.7° C o más) durante 24 horas, sin vómitos ni diarrea durante 24 horas.
- Las **revisiones de salud** incluyen la prueba de visión en los grados 6, 8, 9, y 11 y todos los estudiantes nuevos en el distrito; y una prueba de oír en los grados 8 y 11 y a todos los estudiantes nuevos en el distrito. Esperamos servirle.

Revised 06/18

Notificación de Declaración de No discriminación

Las Escuelas Públicas de Olathe prohíben la discriminación en base a: raza, color de piel, país de origen, sexo, discapacidad, edad, religión, orientación sexual o identidad de género, tanto en sus programas, actividades o, empleos, al tiempo que ofrece acceso igualitario en sus instalaciones a los Boy Scouts y a otros grupos juveniles, como es requerido por: Título IX de las Enmiendas de Educación de 1972, Título VI y Título VII de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Americanos con Discapacidades (ADA), la Ley de Educación para personas con Discapacidades, Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Acceso Igualitario de 1984 y otras leyes y enmiendas relevantes tanto estatales como federales. Las preguntas referidas al cumplimiento de los estatutos aplicables a los derechos civiles relacionados a la raza, la etnicidad, el género, la discriminación basada en la edad, la orientación sexual, la identidad de género o, los accesos igualitarios deben ser dirigidas al Consejero del Personal, 14160 S. Black Bob, Olathe, Kansas 66063-2000, teléfono 913-780-7000. Todas las preguntas referidas al cumplimiento de los estatutos aplicables relacionados con la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación, la ley de Educación para Individuos con Discapacidades y, la Ley para Americanos con Discapacidades deben ser dirigidas al Superintendente Asistente del Departamento de Servicios de Apoyo, 14160 S. Black Bob RD. Olathe, Kansas 66063-2000, teléfono 913-780-7000. Las personas interesadas, incluyendo aquellas con impedimentos visuales o auditivos, también pueden obtener información acerca de las localidades, los servicios existentes, las actividades e instalaciones accesibles y útiles para el uso de personas discapacitadas, llamando al Superintendente Asistente del Departamento de Servicios de Apoyo. (03/19)



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

Nombre del Estudiante:

Vacunación

Los reglamentos de Kansas (K.S.A. 72-5208 hasta 72-5211a) 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(anti polio), MMR(Paperas, Sarampión), 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

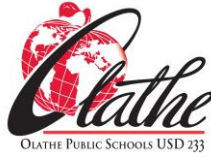
- El segundo lunes en octubre para estudiantes inscritos hasta el 31 de Agosto,
- El segundo lunes de enero para estudiantes inscritos entre el 1ero de septiembre hasta el 30 de noviembre,
- El segundo lunes de abril para estudiantes inscritos entre el 1ro de diciembre hasta el 31 de marzo.

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 la Entrega de Información de Inmunización al Registro de Inmunización de Kansas

El **Registro de Inmunización de Kansas, KSWebIZ**, es un sistema de computadora confidencial, que colecta y selectivamente comunica a personas autorizadas, información sobre la historia de vacunación de personas en el Estado de Kansas.

El propósito del Registro de Inmunización de Kansas es para consolidar información entre los profesionales del cuidado de la salud, asegurar niveles adecuados de inmunización y para evitar inmunizaciones innecesarias. El acceso es limitado para individuos y entidades que o suministran servicios de inmunización o son requeridos de que se aseguren que las personas están inmunizadas. La privacidad de los participantes y la confidencialidad de la información contenida en el registro están protegidas en todo tiempo por todos los usuarios autorizados.

Las Enfermeras de Escuelas de Olathe son usuarias del KSWebIZ y con permiso del padre, empezaron a ingresar los registros de otoño del 2010, de los estudiantes de Jardín Infantil y Niñez Temprana. El Departamento de Salud del Condado Johnson ha implementado el sistema y muchas áreas de cuidado de salud están en el proceso de convertirse en usuarios.

La participación en el programa es completamente voluntaria y ningún otro registro de salud o educacional será compartido a diferencia de los registros de inmunización escolar. Si usted desearía que la historia de inmunización de su estudiante ingrese en este sistema, por favor firme abajo y regréselo a la enfermera de la escuela.

Nombre del Estudiante _____

Doy permiso para que el registro de inmunización de la escuela sea revelado al Programa de Inmunización de Kansas, incluyendo el registro de inmunización para el propósito de evaluación, reporte y prevención de enfermedades. Además entiendo que este consentimiento permanecerá efectivo por a) la duración del tiempo que mi estudiante esté inscrito en el Distrito Escolar de olathe o b) hasta que sea revocado por escrito, por un padre/guardián.

Firma del Padre/Guardián _____

Fecha _____



Distrito Escolar de Olathe

Toma de Información Secundaria de Salud

Día de la Fecha: _____ Grado: _____ Información obtenida del _____
Padre/Tutor

Nombre del Estudiante _____ Nació el: _____ Varón ___ Mujer ___
Apellido Nombre Inicial

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? _____

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) Úlceras Intestino irritable			Especificar	
Preocupaciones Cardíacas/Corazón				
Hospitalizaciones Cirugías			Edad/año/razón	
Accidentes Lesiones de la Cabeza/concusión			Liste los Accidentes/edad/año	