



## **FUTURE FOUNDATIONS ACADEMY**

[www.escnj.us/FFA](http://www.escnj.us/FFA)

---

EDUCATIONAL SERVICES COMMISSION OF NEW JERSEY

---

1690 Stelton Road, Piscataway, New Jersey 08854 (732) 978-1555 Fax (732) 985-1587

---

**Katie Feiles**  
Principal

**Kate Johnson**  
Vice Principal



### **Paquete de salud 2021-2022**

Estimado Padre / Tutor:

El paquete de salud de Future Foundations Academy se adjunta para su finalización.

La ley estatal de Nueva Jersey requiere que su hijo reciba exámenes físicos programados regularmente para proteger su salud. Los estudiantes deben hacerse un examen físico al ingresar al sistema escolar, así como exámenes posteriores al menos una vez durante cada etapa de desarrollo, lo que significa: primera infancia (preescolar hasta tercer grado), preadolescencia (cuatro a sexto grado) y adolescencia (séptimo grado hasta el doceavo).

La responsabilidad principal de las necesidades de atención médica de un niño recae en la familia y el médico del niño. Un examen físico realizado por un proveedor de atención médica privado permite un examen más completo y un enfoque más individualizado para cada alumno. También brinda la oportunidad de recibir vacunas adicionales según sea necesario y discutir inquietudes de atención médica con su médico.

Si su hijo no ha tenido un examen físico en el último año, haga que su médico complete el formulario de examen adjunto. Además, complete el resto de los formularios adjuntos y devuélvalos a la Oficina de Salud de la escuela lo antes posible.

Si necesita información adicional, no dude en contactarnos en:

(732) 978-1555 ej. 6170/7011 o [wstawick@escnj.us](mailto:wstawick@escnj.us) / [hlichtenstein@escnj.us](mailto:hlichtenstein@escnj.us)

Tenga en cuenta que esta información es esencial para mantener a su hijo seguro mientras está aquí en la escuela, y debe mantenerse en nuestros archivos en nuestra Oficina de Salud.

Su cooperación en este asunto es muy apreciada.

Sinceramente,

Sra. Wendy Stawick, R.N.

Sra. Holly Lichtenstein, BSN, R.N.

Academia de Fundaciones Futuras Enfermeras



## FUTURE FOUNDATIONS ACADEMY

[www.escnj.us/FFA](http://www.escnj.us/FFA)

EDUCATIONAL SERVICES COMMISSION OF NEW JERSEY

1690 Stelton Road, Piscataway, New Jersey 08854 (732) 978-1555 Fax (732) 985-1587

Katie Feiles  
Principal

Kate Johnson  
Vice Principal



### AUTORIZACIÓN PARA MEDICAMENTOS SIN PRESCRIPCIÓN 2021-2022

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Aula: \_\_\_\_\_

Estimado Padre / Tutor:

A veces los estudiantes desarrollan fiebre, dolores de cabeza o dolor debido a una lesión menor mientras están en la escuela. Nos gustaría su permiso para darle a su hijo medicamentos de venta libre si esto sucede. Usualmente usamos acetaminofeno (vendido como Tylenol). La dosis se determinará de acuerdo con el peso del niño y será establecida por nuestro médico escolar. Es posible que prefiera otro tipo de medicamento, como el ibuprofeno (vendido como Advil / Motrin). El ibuprofeno a menudo se prefiere para los calambres menstruales. Mantenemos las versiones genéricas a mano. Si desea dar permiso a la enfermera para que le dé a su hijo uno de estos medicamentos, marque la (s) línea (s) correspondiente (s) a continuación y firme en la parte inferior.

**Doy permiso para que la enfermera de la escuela administre:**

\_\_\_\_\_ Acetaminofeno (ej .: Tylenol)

\_\_\_\_\_ Ibuprofeno (ej .: Advil / Motrin)

A veces los niños desarrollan una reacción alérgica (picação, hinchazón, urticaria) mientras están en la escuela. Nos gustaría su permiso para administrar un antihistamínico de venta libre llamado "difenhidramina". Esta es la forma genérica de Benadryl. La dosis se determinará de acuerdo con el peso del niño y será establecida por nuestro médico escolar. Si desea darnos permiso para usar este medicamento si su hijo tiene una reacción alérgica, verifique la línea a continuación y firme en la parte inferior.

**Doy permiso para que la enfermera de la escuela administre**

\_\_\_\_\_ difenhidramina (Benadryl)

**¿Cómo toma medicamentos su hijo? Por favor circule: Líquido, pestañas enteras o trituradas en compota de manzana**

Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## FUTURE FOUNDATIONS ACADEMY

[www.escnj.us/FFA](http://www.escnj.us/FFA)

---

EDUCATIONAL SERVICES COMMISSION OF NEW JERSEY

---

1690 Stelton Road, Piscataway, New Jersey 08854 (732) 978-1555 Fax (732) 985-1587

---

Katie Feiles  
Principal

Kate Johnson  
Vice Principal



### FORMULARIO DE PERMISO PARA EL EXAMEN DE LA ESCOLIOSIS 2021-2022

Estimado Padre / Tutor:

De acuerdo con la Ley de Nueva Jersey, N.J.A.C.6A: 16-2.2, cada Junta de Educación del distrito garantizará exámenes de salud para los estudiantes. Los exámenes de salud pueden incluir altura, peso, audición, presión arterial, visión y escoliosis. Las evaluaciones pueden ser realizadas por un médico escolar, una enfermera escolar u otro personal escolar debidamente capacitado.

Complete el formulario de permiso de detección de ESCOLIOSIS a continuación y regrese a la Oficina de Salud de Future Foundations Academy.

**Doj** permiso para que mi hijo tenga un examen de escoliosis en la escuela.

**No doj** permiso para que mi hijo tenga un examen de escoliosis en la escuela.

EL NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



# FUTURE FOUNDATIONS ACADEMY

[www.escnj.us/FFA](http://www.escnj.us/FFA)

EDUCATIONAL SERVICES COMMISSION OF NEW JERSEY

1690 Stelton Road, Piscataway, New Jersey 08854 (732) 978-1555 Fax (732) 985-1587

Katie Feiles  
Principal

Kate Johnson  
Vice Principal



## Informe de Examen Dental 2021-2022

La oficina de salud de nuestra escuela recomienda un examen dental anual de su dentista familiar para su hijo.

**Devuelva este formulario a la enfermera de la escuela después del examen dental de su hijo.**

Si hay alguna razón por la cual no puede hacerse un examen dental, llame al 732-978-1555 ext. 6170/7011 y podemos ayudarlo a encontrar un dentista apropiado.

Enfermeras escolares  
Wendy Stawick, RN  
Holly Lichtenstein, RN

=====

### INFORME DE EXAMEN DENTAL

He examinado \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_  
(Nombre del alumno) (Fecha)

- No hay necesidad de trabajo correctivo en este momento.
- El tratamiento ha sido completado.
- Atención dental requerida en este momento.

Se ha programado una cita: SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
(Fecha de la próxima cita)

Firma del dentista: \_\_\_\_\_

Nombre del dentista (en letra de molde): \_\_\_\_\_

Sello: \_\_\_\_\_