

Formulario de estado de Emergencia/Salud del Estudiante

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____
(Apellidos) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)

Escuela _____ Grado _____ Maestro/de Aula _____

Padre/Tutor 1: _____ **Nº Celular** _____ **Nº trabajo** _____

Padre/Tutor 2: _____ **Nº Celular** _____ **Nº trabajo** _____

Estudiante vive con _____ Relación _____

Dirección de correo electrónico del padre/tutor: _____

Escriba dos contactos de emergencia que pueden asumir el cuidado temporal de su hijo si usted no puede ser localizado.

1. Nombre _____ Relación _____ **Nº Teléfono** _____

2. Nombre _____ Relación _____ **Nº Teléfono** _____

Doctor Familiar _____ Número de Teléfono _____

Niño(a) tiene: Medicaid Seguro Privado/HMO No tiene seguro Otro _____

Información Médica Importante

Es responsabilidad de los padres proporcionar información médica precisa y actualizada. Si su hijo(a) necesita medicamentos en la escuela, el padre o tutor y el proveedor de atención médica del estudiante deben completar y firmar un formulario de pedido de medicamentos.

POR FAVOR, INDIQUE SI EL ESTUDIANTE HA SIDO DIAGNOSTICADO POR UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA CON LICENCIA CON CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES:

Condición Médica	Sí	No	Detalles Adicionales
ADD/ADHD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lista de alergias (potencialmente mortales):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se necesita un EpiPen en la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Lista de alergias (alimentos)-:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se necesita un inhalador en la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Trastorno hemorrágico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Conmoción cerebral o lesión en la cabeza en el último año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de la lesión _____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II Fecha de diagnóstico: _____
Problemas auditivos / Dispositivos auditivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas ortopédicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de la última convulsión: _____ ¿Se necesitan medicamentos de emergencia en la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad de células falciformes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas de visión (graves)/ Usa anteojos recetados en la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha del último examen de la vista: _____
Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Medicamentos:

¿Su hijo toma algún medicamento regularmente? Sí No Medicamentos: _____

¿Necesitará su hijo medicamentos en la escuela? Sí No Medicamentos: _____

En caso de una emergencia médica, yo autorizo al personal escolar de llamar al 911 o tomar otra acción apropiada.

Firma de Padre/Madre/Tutor Legal

Fecha