

Información de Emergencia Y Formulario de Autorización
Escuelas Municipales de  obbs

ESCUELA:		MAESTRO(A):		GRADO:	
Información del Estudiante					
Número de Identificación		Apellido:		Nombre:	
Inicial:		Fecha de Inscripción:		Fecha de Nacimiento:	
Genero: M F		Dirección:			
Teléfono de la casa:			Lengua hablada en casa:		
CONTACTOS FAMILIARES PRIMARIOS (A QUIEN LA ESCUELA DEBE LLAMAR PRIMERO)					
Nombre del Padre/Madre/Tutor Legal:		Relación:	Teléfono del Trabajo:	Teléfono Móvil:	Vive con: S N
Nombre del Padre/Madre/Tutor Legal:		Relación:	Teléfono del Trabajo:	Teléfono Móvil:	Vive con: S N
CONTACTOS DE EMERGENCIA (A QUIEN LA ESCUELA DEBE DE LLAMAR SI EL PADRE/TUTOR NO PUEDE SER CONTACTADO)					
Nombre:		Relación:	Teléfono de la casa:	Teléfono Móvil:	Trabajo:
Nombre:		Relación:	Teléfono de la casa:	Teléfono Móvil:	Trabajo:
Nombre:		Relación:	Teléfono de la casa:	Teléfono Móvil:	Trabajo:
<i>Para Otorgar Consentimiento - En caso de emergencia relacionado con mi hijo y yo no pueda ser localizado, yo doy mi consentimiento, por este medio, para transportar a mi hijo al siguiente hospital y proveedores de atención medica y autorizo que este hospital y proveedores den cualquier atención medica y cuidado de salud razonable y habitual que se consideren necesarios.</i>					
Proveedor de atención primaria: (Medico, Asistente de médico, enfermero)			# De Teléfono:		
Dentista:			# De Teléfono:		
Seguro medico:		# de ID:	Sin Seguro <input type="checkbox"/>		
Hospital preferido:					

DATOS RELACIONADOS CON EL HISTORIAL MEDICO DEL ESTUDIANTE					
<input type="checkbox"/> Estudiante no tiene problemas médicos actuales					
<i>Por favor, indique si el estudiante ha tenido o está en tratamiento para cualquiera de las siguientes condiciones.</i>					
Condición	Año / Edad Problema Ocurrió	Condición	Año / Edad Problema Ocurrió	Condición	Año / Edad Problema Ocurrió
ADHD/ADD		Convulsiones		Meningitis	
Asma Inhalador si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		Presión arterial alta		Migraña	
Diabetes Insulina si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		Enfermedades Gastrointestinales		Debilidad muscular o parálisis	
Oídos/Problemas Auditivos Tipo:		Problemas emocionales Tipo:		Desórdenes de la Sangre Tipo:	
Problemas del corazón Tipo:		Enfermedades Infecciosas Tipo:		Hepatitis Tipo:	
Problemas de la Visión Tipo: Lentes: Contactos:		Cáncer		Otro Tipo:	

Nombre del Estudiante:	Grado:	Fecha de Nacimiento:
Datos Sobre el Historial Médico del Estudiante continuado...		
Alergias: ___Alergias Estacionales ___ Alergias a: Abejas ___Animales ___Alimentos (lista _____) Otros (lista _____) ¿Requiere este estudiante un EpiPen para las alergias que ponen su vida en peligro? S N		
Pruebas de alergia: Fecha: _____ Nombre del médico: _____ # de teléfono: _____		
¿Reacciones a medicamentos o inyecciones? S N (Si S explique)		
Hospitalizado por enfermedad grave, cirugía o accidentes? S N (Si S explique)		
Por favor lista problemas no mencionados anteriormente:		
Lista medicamentos actuales (con receta, a base de hierbas, de venta libre)		

Permiso de Padres/ Tutor Lega

Si por alguna razón no se puede llegar al hospital o a los proveedores médicos antes mencionados, yo doy mi permiso para que atención médica adecuada y transporte sean proveídos para mi hijo a cualquier proveedor de atención médica, hospital o centro médico adecuado. Esta autorización no cubre cirugía mayor a no ser que, por lo menos, dos proveedores de servicios médicos con licencia concurren a la necesidad. Nada en esta sección se interpretará para imponer responsabilidad a cualquier funcionario o empleado de la escuela quien, de buena fe, intente cumplir con esta sección. Se entiende que seré financieramente responsable de todos los cuidados de emergencia.

Firma del Padre/Tutor Legal: _____ Fecha: _____

- Yo, el abajo firmante, como padre legal/ tutor legal de _____, autorizo el intercambio de información relacionada con la salud de mi hijo entre la enfermera de la escuela (y representante) y los proveedores de cuidado de la salud mencionados anteriormente. Esto constituye una divulgación de información para el intercambio mutuo de la salud e información médica con fines educativos o de emergencia de mi hijo para el año escolar actual.

Firma del Padre / Tutor Legal: _____ Fecha: _____

- Doy permiso para que mi hijo participe en todas las pruebas de detección de salud escolares de acuerdo a la política del distrito escolar a menos que le proporcione a la enfermera de la escuela y / o al administrador con una notificación escrita por separado solicitando la exclusión de pruebas de detección especificadas.

Firma del Padre / Tutor Legal: _____ Fecha: _____

NOTAS de la Enfermera Escolar: